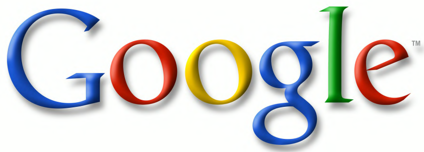
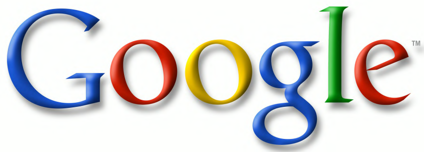
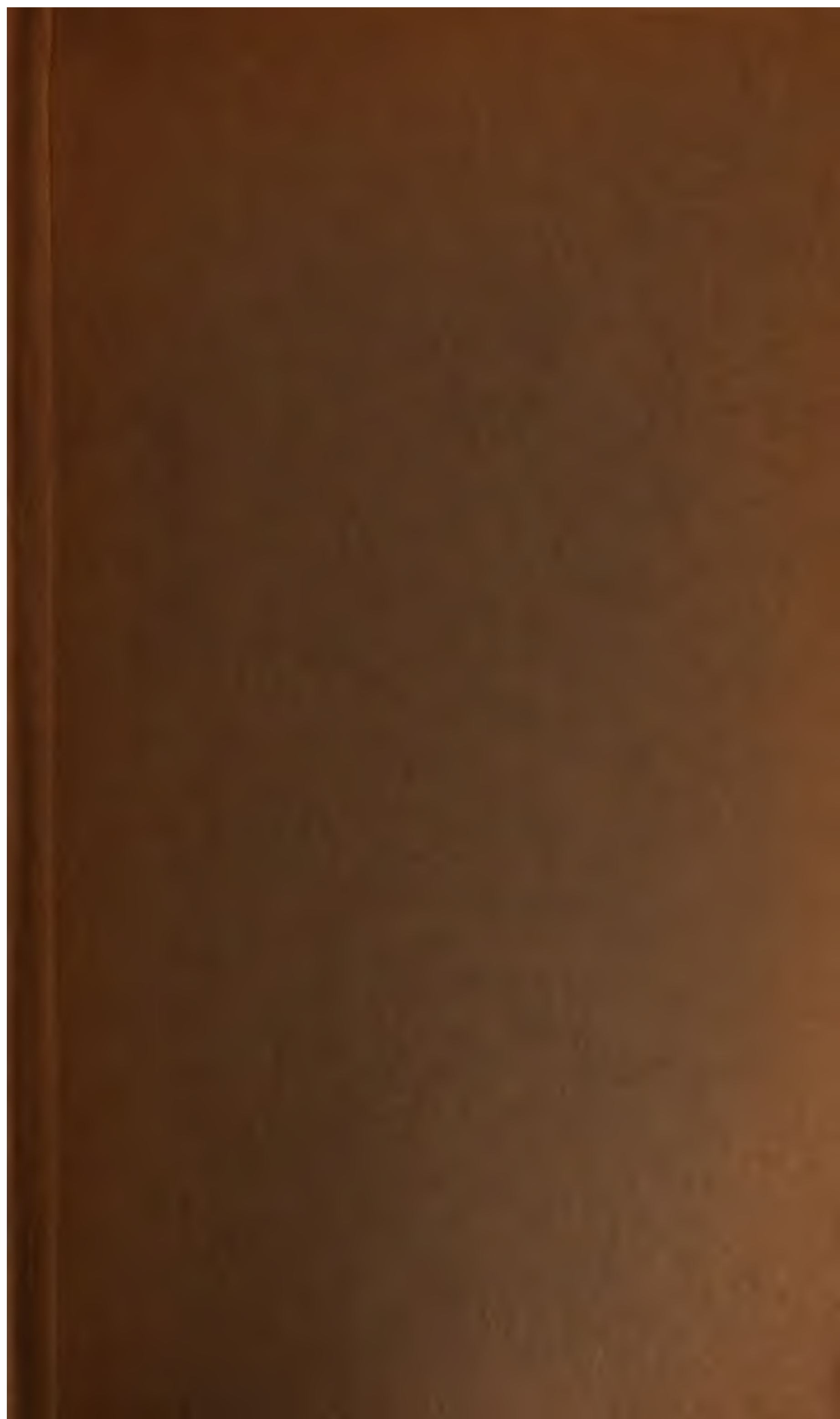
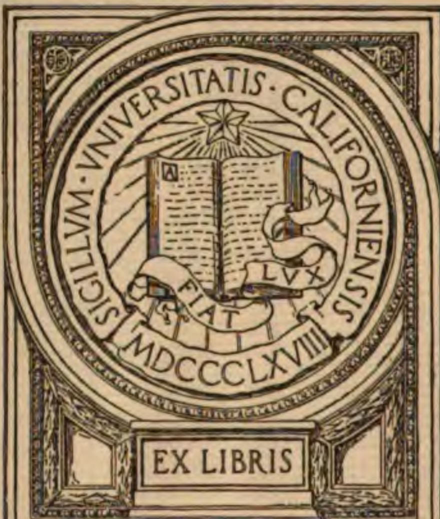
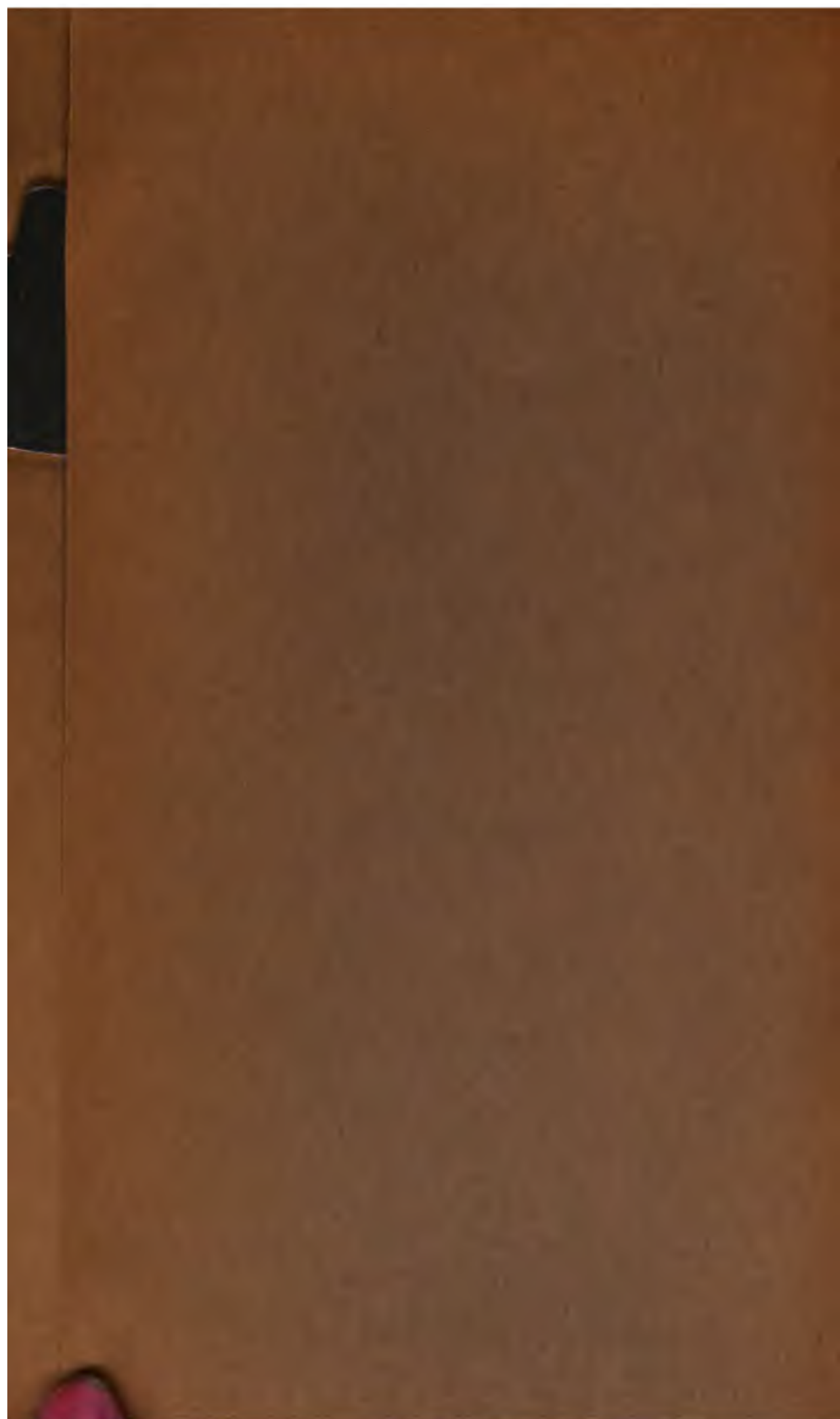







SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
FIAT LVX
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS





ANNALES DES MALADIES

DES

ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Vol. 7 - 1889

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION DE MM.

F. GUYON
Professeur à la Faculté, Chirurgien de Necker,
Membre de l'Académie de médecine.

LANCEREAUX
Professeur agrégé à la Faculté, Médecin de la Pitié,
Membre de l'Académie de médecine.

AVEC LA COLLABORATION DE MM. LES DOCTEURS

BAZY, Chirurgien des hôpitaux.
CAMPENON, Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.
E. DESNOS, ancien interne des hôpitaux.
DUBUC, ancien interne des hôpitaux.
GUIARD, ancien interne des hôpitaux.
M. HACHE, Professeur de chirurgie à la Faculté française de médecine de Beyrouth.
R. JAMIN, ancien interne des hôpitaux.
LE DENTU, Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.
A. MALHERBE, Professeur à l'École de plein exercice de Nantes.
E. MARTIN, ancien interne des hôpitaux, *Privat docent* à la Faculté de Genève.
CH. MONOD, Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.
E. MONOD, Chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.
POLAILLON, Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux, Membre de l'Académie de Médecine.
A. POUSSON, Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.
S. POZZI, Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.
J.-L. REVERDIN, Professeur à la Faculté de Genève.
ALB. ROBIN, Professeur agrégé à la Faculté, Médecin des hôpitaux, Membre de l'Académie de Médecine.
P. SEGOND, Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.
TAPRET, Médecin des hôpitaux.
TERRILLON, Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.
TUFFIER, Professeur à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.

Rédacteur en Chef : Dr E. DELEFOSSE

PARIS

RÉDACTION ET ADMINISTRATION

22, PLACE SAINT-GEORGES, 22

1889

ANNALES DES MALADIES

DES

ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Janvier 1889.

MÉMOIRES ORIGINAUX

LEÇON FAITE A L'HOPITAL NECKER

par M. le professeur F. Guyon.

Traitement de l'hématurie.

L'hématurie n'est, vous le savez, qu'un symptôme, et ce phénomène est commun à beaucoup de lésions de l'appareil urinaire. Le nombre des malades qui pissent du sang est donc considérable et fort diverses sont les causes qui déterminent cet accident. Variables dans leur forme, les hématuries sont souvent peu abondantes et peu répétées, mais souvent aussi elles acquièrent une intensité telle, une fréquence si grande, que la santé, la vie elle-même sont en cause.

L'état morbide est alors dominé par le symptôme et l'on est naturellement conduit à le combattre en mettant en œuvre les moyens ordinairement employés contre les hémorrhagies. On recourt aux médicaments qui depuis longtemps ont pris rang dans la thérapeutique et l'on a bientôt accueilli, ceux dont la jeune réputation s'affirme par de

brillantes promesses. Ce n'est pas seulement dans ces cas de force majeure, que la lutte directe contre une manifestation morbide est acceptée, que l'attaque s'adresse seulement au symptôme. Alors même que la perte de sang est peu considérable, elle est mise par le malade au premier rang de ses préoccupations. Sous leur empire, la crainte du chirurgien s'atténue, et bientôt le patient est en votre présence ; il ne vous parle que de son pissement de sang. Plus d'une fois, je dois à la vérité de le dire, j'ai constaté que l'on subit son influence ; on n'envisage que l'effet, et la recherche de la cause est oubliée ou négligée. L'illusion est d'ailleurs facile. L'hématurie cesse fréquemment d'elle-même ou sous l'influence de causes fort étrangères à la médication ; les plus violentes, les plus incoercibles en apparence peuvent disparaître comme par enchantement. Elles ont pris fin au cours du traitement, mais non sous son influence.

L'obligation de traiter l'hématurie est néanmoins inéluctable ; les malades ont raison de venir à vous et d'attendre de vos soins la cessation de leurs pertes. Il nous est en effet donné d'efficacement agir et même de guérir. Aussi, ai-je pensé qu'il n'était pas sans intérêt d'attirer votre attention sur trois malades actuellement soignés dans nos salles et d'en prendre texte pour essayer de tracer les règles du traitement de l'hématurie.

Ces trois malades avaient des pertes de sang importantes. L'un a été opéré, je lui ai ouvert la vessie au-dessus du pubis, chez le second j'ai prescrit la dilatation de l'urèthre et l'emploi du nitrate d'argent dans la vessie, le troisième a été simplement soumis au cathétérisme évacuateur. Chez tous trois les hématuries ont cessé, et cependant les moyens employés ne figurent pas sur la liste des hémostatiques. S'ils ont supprimé le symptôme hématurie, c'est qu'ils ont eu pour principal objectif d'agir sur sa cause. Dans le premier cas en attaquant une tumeur de la vessie, dans le second en élargissant le canal et en guérissant une cystite

intense, chez le troisième en faisant cesser une rétention avec distension chez un prostatique.

Les indications thérapeutiques sont donc très dissemblables, et ces trois observations ne donnent qu'une idée très imparfaite de la complexité des questions que soulève le traitement de l'hématurie.

Lorsque j'ai fait autrefois l'étude de ce grand symptôme, j'ai cherché à nettement établir que la présence du sang dans l'urine indique seulement qu'un problème est posé, mais ne sert pas à le définir. Ce qui est vrai en séméiologie est tout aussi exact en thérapeutique. Méconnaître ces difficultés serait s'éloigner du terrain de la pratique et nous mettre dans l'impossibilité de rendre à nos malades les services qu'ils sont en droit d'attendre de nous.

En voulez-vous un exemple? Un jeune homme de 22 ans est dernièrement venu me consulter. Atteint depuis deux mois d'une affection vésicale hémorrhagique, il avait dès le début réclamé les soins d'un médecin; il fut soumis avec persévérance à l'usage du perchlorure de fer. Le succès fit défaut et l'inquiétude était grande lorsque j'intervins. Le malade avait, à n'en pas douter, une cystite, et bien des raisons militaient en faveur de sa nature blennorrhagique. J'en eus bientôt la preuve, tant par des aveux très peu spontanés, que par l'exacte analyse de la marche de la maladie et les résultats rapides du traitement. Des instillations au nitrate d'argent guérirent en peu de jours un état morbide qui jusque-là n'avait fait que s'aggraver. Il est donc indispensable d'obéir à une doctrine lorsque l'on veut poser des indications thérapeutiques. J'ai voulu dès l'abord indiquer dans quel esprit nous envisagerions notre sujet, en vous rappelant, au début de cette leçon, que l'hématurie n'était qu'un symptôme. Ce n'est pas une série de moyens que nous allons passer en revue, ce n'est pas à une énumération de formules que nous allons nous confier; nous demanderons à l'observation les principes qui doivent nous guider. A elle seule appartient le droit de donner des lois à la pratique.

I

Ce qui devra nous préoccuper avant tout dans le traitement de l'hématurie, c'est la recherche attentive de ses causes. Là ne saurait cependant se borner le rôle du clinicien. Il se peut en effet que l'on n'arrive pas à déterminer assez exactement la nature et même le siège de la lésion ; il se peut aussi qu'il ne soit pas opportun de s'y attaquer, ou qu'il ne soit pas possible de l'entreprendre. L'état du malade, le degré de la maladie, ses complications sont autant d'obstacles capables de créer des contre-indications. Enfin, le pissement de sang s'accompagne assez fréquemment d'accidents qu'il faut savoir combattre.

L'étude du traitement de l'hématurie comporte donc trois questions. Celle des moyens qui s'adressent à la cause, celle des moyens qui ne visent que le symptôme, celle des moyens destinés à agir contre les accidents qu'elle provoque.

Développer dans tous ses détails la première de ces questions serait nous conduire à faire l'histoire *du traitement des hématuries* et non celle du *traitement de l'hématurie*. Bien que votre pratique ne puisse être certaine que si vous êtes aptes à suffire au traitement de chacune des grandes espèces de l'hématurie, il n'est pas actuellement nécessaire d'accepter un semblable programme. Il suffit que nous soyons fermement décidés à ne jamais dissocier les symptômes de la maladie, l'effet de la cause, et à subordonner avant tout et autant que possible notre thérapeutique à ce principe, de n'y souffrir d'autre exception que celles que nous venons de poser. L'enseignement de la pathologie nous fournit le moyen de marcher avec sûreté dans cette voie, nous n'avons pas à y revenir.

Mais s'il n'est pas indispensable de procéder maintenant à l'examen détaillé de chacune des causes productrices de l'hématurie, il est nécessaire de fixer notre attention sur leur ensemble. Elles peuvent être ramenées à cinq grands chefs :

congestion, inflammation, néoplasmes, corps étrangers, traumatismes.

Cette classification des facteurs hémorrhagiques peut être simplifiée ; la physiologie pathologique nous le permet. La congestion joue en effet le rôle essentiel dans la production des hématuries aussi bien pour les inflammations que pour les néoplasmes. Les traumatismes seuls déterminent le saignement, sans sa participation. Les corps étrangers agissent aussi par traumatisme quand ils sont mobilisés. Sont-ils fixés de façon à déterminer de la douleur et de l'excitation comme les graviers dans la traversée de l'uretère, la congestion intervient encore. Aussi, un gravier qui descend en traumatisant donne-t-il lieu à un saignement beaucoup moindre que celui qui excite, d'une façon prolongée, l'uretère sans le traverser. L'hémorrhagie, presque insignifiante et passagère dans le premier cas, peut être abondante et durable dans le second.

Il ne faut donc jamais perdre de vue l'influence de la congestion. La physiologie pathologique nous la montre associée à un si grand nombre de lésions, son rôle dans la préparation des hématuries ressort avec tant d'évidence de toute l'histoire des affections qui se compliquent du saignement de l'appareil urinaire, que le thérapeutiste ferait œuvre stérile s'il négligeait les indications capitales qu'elle lui fournit.

Vous aurez en effet, chez les hématuriques, à mettre vos malades en garde contre toute influence congestive et à les combattre par toutes les formes de la révulsion lorsqu'elle s'exerce activement. C'est par une thérapeutique *dynamique* que vous réussirez à prévenir et à combattre la congestion, c'est aussi par des moyens de cet ordre que vous reculerez l'échéance des pertes de sang, que vous diminuerez leur intensité, qu'il vous sera quelquefois donné de provoquer promptement leur cessation.

Pourquoi le malade auquel nous avons méthodiquement vidé la vessie a-t-il cessé de saigner ? C'est parce que chez

ce prostatique, nous avons supprimé la cause active de la congestion vésicale, c'est-à-dire la distension. Ce que nous avons fait dans ce cas récent, vous avez eu, vous aurez vingt occasions de l'observer dans beaucoup d'autres. J'ai, à toutes les périodes de mon enseignement, insisté sur le rôle considérable de la congestion dans les affections de l'appareil urinaire; votre expérience en se prolongeant ne fera que confirmer son importance. De plus en plus vous apprendrez à en tenir compte. Dans l'espèce, n'est-il pas aisé de comprendre qu'elle soit le prélude des hémorrhagies, qu'après avoir été leur précurseur elle devienne leur générateur?

L'inflammation est-elle aussi congestive; aussi bien lorsqu'elle se prépare que lorsqu'elle est acquise l'hypérémie l'accompagne. Vous feriez cependant œuvre peu utile et certainement imparfaite si dans ces cas vous adressiez à l'élément congestion la part principale de votre médication. C'est l'inflammation que vous devez surtout combattre. Le nitrate d'argent l'a fait disparaître chez le malade que je vous ai tout à l'heure signalé, en même temps que l'élargissement du canal permettant l'évacuation plus facile de la vessie, diminuait la congestion. L'hématurie qui durait depuis plusieurs semaines a cessé en quelques jours, et c'est au nitrate d'argent qu'il faut surtout attribuer ce succès. A coup sûr il n'eût pas été aussi rapide si l'on avait négligé d'y recourir. Gardez-vous cependant de conclure, comme on l'a fait bien à tort, que le nitrate d'argent est hémostatique; bien loin de là. Employé mal à propos ou à trop forte dose, il est très hémorrhagique; je pourrais donner plus d'un exemple à l'appui de mon dire. Dans le cas actuel, il a efficacement combattu l'inflammation, fait cesser par cela même l'hypérémie, enlevé à l'hématurie toute possibilité de continuer à se produire. Nous avons pu, grâce à lui, agir sur la cause.

Dans les cas où notre action est réduite à l'attaque des symptômes, cette notion de l'influence toujours agissante

et souvent prépondérante de la congestion vous sera du plus grand secours. On conseille banalement de mettre au lit tous les hématuriques ; je ne voudrais pas sans distinction les obliger à rester levés et à marcher. Mais observez et vous ne tarderez pas à reconnaître combien il est fréquent de voir l'hématurie augmenter sous l'influence d'un décubitus prolongé. A moins d'une hématurie abondante obligeant à la plus grande parcimonie dans la dépense des forces, à moins surtout d'une hématurie due à un corps étranger ou a un traumatisme, l'exercice modéré, loin d'être prohibé, doit être conseillé. Vous devrez aussi ne pas laisser au lit les hématuriques qui ne peuvent marcher. Ils passeront sur un fauteuil ou une chaise longue la plus grande partie de la journée. Il va de soi qu'entre les crises, les prescriptions hygiéniques sur lesquelles j'attire votre attention seront encore plus de mise ; mais à cela ne se réduit pas votre action chez les hématuriques qu'il ne vous est pas donné de traiter, en vous adressant à la cause qui détermine la perte du sang.

Il vous arrivera de rencontrer des cas où tous les médicaments dits hémostatiques ont été épuisés. Leur usage a été des plus méthodiques, des mieux ordonnés ; ils sont cependant demeurés sans résultats. Vous prescrivez les révulsifs et la situation change, souvent l'hématurie cède avec rapidité. C'est aux révulsions faites sur la région lombaire que vous aurez surtout recours, que la source du sang soit rénale ou vésicale. Les larges applications de ventouses sèches sont surtout utiles. Les sinapisations lentes faites sur une grande surface, obtenues à l'aide de cataplasmes moutardés, sont aussi fort utiles ; elles sont bien supérieures aux rubéfactions instantanées de la moutarde en feuilles. Ces moyens doivent être répétés, il est le plus habituellement nécessaire d'y recourir pendant plusieurs jours. On variera donc les points d'application et l'on pourra, soit en remontant dans la région dorsale, soit en agissant sur les flancs ou à la base de la poitrine, multiplier ces applications

révulsives. Les membres supérieurs sont, eux aussi, utilisables; les manuluves, les enveloppements sinapisés des avant-bras sont d'un véritable secours.

Ainsi que nous venons de le dire, la médication anti-congestive ne se limite pas aux crises. Dans leurs intervalles elle rend des services non moins appréciables. Les frictions sèches, faites quotidiennement sur tout le corps pendant une dizaine de minutes chaque matin, ont cette supériorité de pouvoir être conseillées à tout âge et en tout état de santé. L'hydrothérapie, lorsqu'elle est possible, a le grand avantage d'ajouter à la stimulation périphérique son action reconstitutive, si souvent nécessaire chez les anémiés par déperdition sanguine. J'ai pu permettre ainsi toute la compensation nécessaire, pendant plusieurs années, à des malades atteints de néoplasmes vésicaux auxquels j'ai donné des soins, alors que le traitement chirurgical de ces affections n'était pas encore institué. Lorsque les sujets n'étaient pas âgés, j'ai même pu très utilement y recourir pendant les crises et voir, grâce à elle, se dénouer favorablement des situations fort critiques.

Il va sans dire que si le régime des hématuries, entre les crises, doit être franchement réparateur, il ne doit pas être excitant. Ce n'est pas le vin ordinaire de bonne qualité, ce n'est même pas l'usage discret de l'eau-de-vie qu'il faut redouter; c'est l'abus des assaisonnements, des vins d'extra, des liqueurs, des boissons diurétiques, des grands dîners, c'est l'encombrement de l'estomac et des intestins. Les digestions doivent être efficaces et complètes, et le régime ainsi que les habitudes dirigés en conséquence. Enfin, l'hygiène sera réglée de telle sorte que les habitudes sédentaires soient évitées, que le séjour au lit ne se prolonge pas, que les fonctions de la peau soient assurées.

Malgré l'importance que j'attache au traitement de la congestion et aux mesures qui la peuvent prévenir, malgré le rang qu'il me paraît indispensable de leur attribuer dans la thérapeutique générale de l'hématurie, je me

garde de n'y pas donner place aux agents médicamenteux.

J'ai, il est vrai, depuis longtemps cessé de croire à leurs vertus hémostatiques. Aucun de ceux dont la réputation est la mieux fondée, la plus légitime, ne l'a justifiée chez les malades que j'ai eu à soigner. Pour ne prendre qu'un exemple, l'ergot, sous ses diverses formes et ses dérivés, est certainement impuissant. Aussi bien par l'estomac que sous la peau ou dans le rectum, ces préparations échouent invariablement. Ce qu'elles font si bien pour l'utérus ne se reproduit pas pour la vessie. Seules les térébenthines et les préparations qui en dérivent, l'essence en particulier, ont quelque efficacité; efficacité plus préventive que curative. Ces remarques, si j'en crois les résultats d'une observation très attentive, s'appliquent aussi bien aux pertes de sang venues du rein qu'à celles de la vessie.

Cette impossibilité de compter sur un médicament pour arrêter ou modérer les pertes sanguines m'a conduit à donner préférence aux prescriptions qui favorisent la compensation de ces pertes et à abandonner celles qui pourraient la compromettre. Il faut classer parmi celles là tout ce qui diminue l'appétit ou entrave les digestions. Aussi, malgré la confiance relative que m'ont semblé mériter les préparations térébenthinées, ai-je pour règle de ne les prescrire et de n'en continuer l'emploi, que chez les malades qui les tolèrent facilement et complètement.

Parmi les médicaments qui favorisent les compensations, je vous signalerai surtout les tanniques et le quinquina. Donnés en même temps que les aliments, ils sont en général très bien tolérés et favorisent l'appétit. Les tanniques, et le tannin en particulier, peuvent être employés en pilules, en poudre, ou en solutions. La dose moyenne du tannin est de 50 à 80 centigrammes par jour. Je l'unis souvent au quinquina et en particulier à la poudre de quinquina jaune qu'il convient de prescrire au moins à 2 grammes par jour. L'extrait mou en potion de 4 grammes, la macération, sont encore à ranger parmi vos meilleures ressources. Nous reviendrons

tout à l'heure sur l'utilité et sur le rôle des boissons dans le traitement des crises d'hématurie. Contentons-nous pour le moment de dire que, prises entre les repas, les limonades végétales et mieux encore la limonade minérale à l'acide sulfurique sont certainement efficaces.

On a tellement l'habitude de voir le perchlorure de fer avoir rang dans toute médication anti-hémorrhagique, que je ne saurais me dispenser d'en parler. Il est d'ailleurs utile, mais simplement à titre de bonne préparation ferrugineuse. Je le prescris à la dose de 6 à 10 gouttes à la fin de chaque repas, et je fais compter les gouttes dans un demi-verre d'eau sucrée additionnée d'une grande cuillerée d'eau-de-vie. C'est un des meilleurs moyens d'assurer sa parfaite tolérance.

Ne pas compter sur un médicament pour l'hémostase, mais tirer de la médication tout le parti possible au point de de vue de la réparation globulaire, me paraît être le principe du traitement médical de l'hématurie. Aussi puis-je ne pas vous entretenir des substances qui ne se réclament que de leur vertu anti-hémorrhagique. Il en est de nouvelles et d'anciennes. Je ne nommerai, parmi celles-là que l'Hamamélis virginica, pour dire que je ne l'ai pas vue tenir les promesses faites en son nom.

II

Si les médications n'ont pas le pouvoir d'arrêter les hématuries, de les empêcher de se montrer à leur heure et de disparaître suivant leur caprice, en est-il de même du traitement local? La question est complexe; elle ne saurait être discutée sans en définir les termes.

Gardons-nous tout d'abord de confusions semblables à celles qui donnent place à l'hémorrhagie de l'urèthre antérieur dans le cadre des hématuries; les indications de leur traitement sont forcément locales et l'urétrorrhagie n'est pas une hématurie. Faisons même une distinction, pour les

blessures de l'urèthre postérieur, bien que le sang soit rendu avec l'urine. Ici encore l'indication est purement locale, elle a pour moyen la sonde à demeure. Laissons aussi de côté les traumatismes qui exigent, toutes les fois qu'elle est possible et indiquée, l'action chirurgicale directement exercée sur la source hémorrhagique. Rappelons-nous que nos hématuriques, qu'ils soient rénaux ou vésicaux, sont sous l'influence de la congestion. Ils sont donc tout préparés à la néphrite ou à la cystite. Ils le sont d'autant mieux que les ferments morbides trouvent alors un excellent terrain de culture. Les chirurgiens savent le danger qui résulte de la contamination des foyers sanguins; ce péril est aussi grand dans l'appareil urinaire que dans les épanchements interstitiels ou dans les cavités où le sang se collecte. Dans la contusion du rein, par exemple, si l'on pratique un cathétérisme sceptique pour vider la vessie des caillots qui y descendent, la fièvre s'allume et le foyer rénal suppure.

Souvenons-nous encore d'un fait fort important, sur lequel nous aurons bientôt à revenir, et que nous enseigne la physiologie pathologique des hématuries. C'est l'influence des contractions de la vessie, sur leur production ou sur leur aggravation. Sans doute il n'est pas besoin qu'elle entre en jeu pour que l'hématurie se produise, mais l'observation démontre que sous son influence elle se perpétue ou s'aggrave. Regardons par exemple ce qui se passe dans la cystite blennorrhagique. N'est-ce pas à la fin des mictions, sous l'influence des dernières contractions, du ténesme qu'elles déterminent, que se fait l'écoulement du sang? Jusqu'alors l'urine n'était même pas colorée ; elle est déjà complètement expulsée lorsque le saignement commence. Il ne cesse que lorsque la contraction qui exprime la muqueuse s'atténue, et peut être très abondant. Voyez encore ce qui se passe au cours d'une crise hématurique. A un moment donné vous vous apercevez, souvent contre toute attente, qu'elle a notablement augmenté, et vous constatez que cette aggravation est due à des efforts de miction. La cause

de ces efforts, auxquels le malade n'était point assujetti jusqu'alors, vous est bientôt dévoilée. Des caillots durs ou volumineux ont été péniblement expulsés.

Ainsi, dans l'application du traitement local vous devrez éviter avec le plus grand soin tout ce qui peut aboutir à l'inflammation de la vessie, favoriser ses contractions ou déterminer la coagulation du sang qu'elle renferme. Il faudra donc avoir pour règle absolue de n'agir que sous le couvert des plus minutieuses précautions antiseptiques et repousser de parti pris tout stimulant de la contractilité, tout agent capable de produire des caillots.

La physiologie pathologique nous fournit enfin un enseignement non moins utilisable, et ce ne sont plus des contre-indications, mais quelquefois de formelles indications qui pourront en découler. La plénitude de la vessie favorise la congestion de cet organe, et par contre celle des reins ; lorsqu'il n'y a pas seulement plénitude mais distension, l'hypérémie est à son comble. Il peut donc y avoir intérêt majeur à évacuer la vessie au cours d'une hématurie. Ce sera quelquefois, comme vous l'a démontré la troisième observation que je vous ai signalée tout à l'heure, le moyen même de la guérison. Mais il faut être bien prévenu que l'évacuation peut aller à l'encontre du but poursuivi. Il arrive en effet que, sous son influence, la perte de sang augmente, qu'elle s'exagère jusqu'à devenir menaçante. C'est en particulier dans le cas de néoplasme de la vessie que semblable accident peut suivre le cathétérisme évacuateur. Mais il peut aussi se produire dans la rétention des prostatiques. L'antisepsie, toujours indispensable, n'est plus la seule précaution à observer. Le cathétérisme ne doit que progressivement accomplir l'évacuation ; il doit être, comme je l'ai dit bien souvent, à la fois antiseptique et successif. J'ajouterai que lorsque l'on soupçonne un néoplasme de la vessie, on commettrait une faute en cédant trop facilement à l'indication que pose la plénitude de la vessie. A moins de nécessité démontrée, il vaut mieux en ajourner l'exécution. Et cette

conduite est d'autant plus rationnelle et sage que le chirurgien a à sa disposition un moyen absolument efficace. La section du corps de la vessie pratiquée par l'hypogastre est en effet sûrement et absolument hémostatique, tandis que le cathétérisme évacuateur chez les néoplasiques est parfois dangereusement hémorrhagique.

Vous le voyez, l'emploi des moyens destinés à directement agir contre l'hématurie par l'intermédiaire de l'évacuation de la vessie ou de l'introduction dans la cavité de liquides hémostatiques ne saurait être soumis à un contrôle trop sévère. Il serait inutile d'observer que seules les hémorrhagies vésicales en sont passibles, si cette remarque n'impliquait la nécessité du diagnostic du siège de la lésion. Vous pouvez à la rigueur ignorer sa nature pour appliquer, un traitement local, mais vous avez dû faire toute cette première partie du diagnostic qui consiste à savoir si l'hématurie est rénale ou vésicale. Cela est déjà difficile et j'ai essayé l'an dernier de vous fournir les notions nécessaires, pour la solution de ce délicat problème. Je ne veux retenir de cette constatation qu'une seule chose; c'est qu'il pourra advenir, lorsque vous vous serez résignés à ne faire que le traitement du symptôme hématurie, que vous n'ayez pas la notion bien certaine de son point de départ.

La contre-indication à tout traitement local est alors formelle. Car je ne saurais trop le répéter, bien que cette insistance soit presque une banalité, la mise en œuvre d'un traitement local suppose nécessairement la connaissance du siège vésical de la lésion. La pratique justifie malheureusement la préoccupation à laquelle j'obéis en ce moment; sous la pression du symptôme qui s'aggrave, devant l'insuccès de la médication, on se laisse aller à l'action directe, mais le malade n'en bénéficie pas. Le mieux qui puisse lui arriver c'est de ne pas en souffrir.

A côté de la contre-indication tirée de l'incertitude du siège de la lésion se placent celles qui résultent de sa nature. Je vous citais tout à l'heure les néoplasmes de la vessie, je

puis ajouter la tuberculose aux affections hémorrhagiques qui peuvent se mal trouver d'un traitement local. La présomption de semblables lésions suffit pour vous imposer une grande réserve.

Ce n'est plus du symptôme seul que vous pouvez vous inspirer pour légitimer votre action. Dans l'application des formes les plus simples du traitement local, il est de toute nécessité que tout ou partie du diagnostic ait été posé.

Vous tiendrez grand compte du degré de l'exhalation sanguine pour décider l'emploi des topiques astringents. Vous voyez actuellement au n° 10 de la salle Civiale un malade auquel j'ai fait il y a deux ans la résection de la vessie pour une petite tumeur située aux confins de sa paroi inférieure. Il y a récidive, et le saignement est peu abondant mais continu. Je fais chaque jour laver la vessie avec une solution de tannin à 2 p. 100; nous arrivons ainsi à atténuer l'hématurie. Je n'agirais pas de la sorte si l'hématurie était abondante, parce que l'expérience m'a démontré que l'on s'expose alors, en provoquant la contraction du muscle vésical, ou bien, en déterminant la formation de caillots, à aggraver la situation des malades.

Une hématurie vésicale de moyenne intensité qui résiste aux moyens ordinaires de traitement est donc passible du traitement astringent direct, et vous pourrez en agissant dans ces cas, non seulement avec le concours de l'antisepsie mais en suivant toutes les règles qui permettent de faire méthodiquement les lavages de vessie, obtenir de bons effets de votre intervention.

Je viens de vous dire que c'est à la solution de tannin à 2 p. 100 que j'avais recours chez notre malade du n° 10. C'est en effet de cet agent que je me sers le plus habituellement dans le traitement local des hématuries vésicales de moyenne ou faible intensité en m'en tenant souvent à 1 p. 100. Bien supportée par la muqueuse, la solution de tannin ne détermine pas de réaction de la sensibilité et ne produit pas de contraction. Son action coagulante est faible;

il se forme de petits magmas facilement expulsés, mais pas de caillots. Après avoir essayé d'autres substances astringentes, je me suis arrêté à celle-là. Il serait sans doute possible d'en employer d'analogues; mais je crois devoir vous donner le conseil de ne pas dépasser le cercle des astringents. Les coagulants, dans lesquels doivent être rangés tous les sels de fer, sont à proscrire en raison de la formation de caillots et de leur action douloureuse. Vous savez d'ailleurs combien les chirurgiens ont délaissé le perchlorure de fer, dont vous voyez cependant inonder, à leur grand dommage, les blessés que l'on nous porte de l'extérieur après les avoir soumis à un premier pansement.

C'est à température tiède que je fais faire ces lavages. Le froid a bientôt impressionné la sensibilité de la muqueuse, et dès lors la contraction est à craindre. Les liquides tièdes sont au contraire injectés et rendus sans que le malade éprouve la moindre sensation. Aussi êtes-vous alors bien assurés de ne fournir à la contraction aucun motif de se produire. J'ai bien des fois vérifié, en étudiant la sensibilité de la vessie à l'état normal, que sa muqueuse indifférente au contact des liquides tièdes, était impressionnée et par le froid et par le chaud. Aussi ai-je abandonné leur usage dans le traitement des hémorrhagies vésicales pour lesquelles je ne les ai jamais vus produire le moindre effet favorable. Si vous y avez recours, bornez-vous à des applications extérieures.

J'ai déjà suffisamment attiré votre attention sur les bons effets et sur les dangers possibles de l'évacuation de la vessie chez les hématuriques pour ne pas avoir à revenir sur ses indications et ses contre-indications. Nous aurons à en parler encore à propos des complications de l'hématurie. Je veux seulement dire que c'est au cathétérisme intermittent que je vous conseille de recourir. La sonde à demeure ne lui est préférable que dans les cas de fausses routes de la région profonde de l'urètre et de la prostate, ou lorsqu'il offre des difficultés. Elle peut facilement s'ob-

struer quel que soit son calibre et doit être soigneusement surveillée.

Je ne saurais arriver à la dernière partie de cette leçon, sans vous dire à quelle indication vous devez obéir lorsqu'une hématurie vésicale abondante résiste au traitement que nous venons d'étudier. Cette indication est purement opératoire. L'ouverture large de la vessie au-dessus du pubis est, comme je vous le disais tout à l'heure, sûrement hémostatique. Elle fait immédiatement cesser la congestion vésicale et, quelle qu'en soit la cause, met fin à l'hématurie. Je n'ai pas besoin de dire que l'avenir est subordonné à la cause. Mais je ne saurais trop insister sur l'utilité du puissant moyen que l'étude de la taille hypogastrique me permet de vous recommander. C'est une ressource certaine dans les cas où le symptôme l'impose et où le diagnostic du siège de la lésion la justifie.

III

Les accidents que provoque l'hématurie sont : la rétention d'urine, la rétention des caillots, les douleurs expultrices. Sauf les cas où l'hématurie est compliquée de rétention primitive ou de cystite, ces trois complications sont dues à la même cause, la formation de caillots difficiles à expulser ou retenus dans la vessie.

On conçoit facilement qu'un caillot, flotté par l'urine, arrive en même temps qu'elle au col, veuille s'y engager et s'obture si son volume l'empêche de le franchir. C'est en effet le mécanisme de la rétention chez les hématuriques. De son exacte définition découle une indication thérapeutique que beaucoup de malades, instruits par l'expérience d'accidents antérieurs, saisissent eux-mêmes. En urinant dans la position horizontale, ils empêchent le caillot d'être véhiculé par l'urine. Ils pissent par-dessus l'obstacle que la pesanteur maintient au-dessous du col. Peu à peu le séjour

dans l'urine désagrège le magma sanguin, et l'expulsion des parcelles se fait sans difficulté.

Les caillots des hématuriques sont en effet purement cruoriques, très rares sont les cas où ils sont fibrineux, ou du moins où étant fibrineux ils ont un gros volume. Les caillots surtout cruoriques ou purement cruoriques peuvent donc se désagréger. Aussi l'ingestion de boissons abondantes a-t-elle une véritable influence sur leur expulsion; elle en a aussi sur leur formation. Là encore nous avons à recevoir des malades d'utiles enseignements. Ils savent fort bien que le délayage du sang par les tisanes doucement diurétiques ou par des eaux minérales légères, telles que l'eau d'Evian, les met à l'abri de la formation de caillots ou détermine leur expulsion. Les boissons délayantes telles que l'eau de lin, de chiendent, de queues de cerises, ou toute autre analogue, peut donc entrer dans le traitement de l'hématurie. Mais il convient de remarquer qu'elles ne conviennent que dans le traitement de la crise. Elles ne sauraient agir à titre préventif, elles auraient même l'inconvénient de tous les surcroîts de fonction, en disposant à la congestion.

Quoi qu'il en soit, le cathétérisme peut le plus souvent être évité. Il ne devient nécessaire que lorsque le subterfuge de la miction faite à plat, dans le décubitus dorsal, voire même avec soulèvement du bassin, a été employé. Si l'on y a recours, il sera fait dans cette même position. Le caillot en obturant l'œil, et même les yeux de la sonde, peut le rendre tout à fait illusoire, et nous allons dire comment on remédie à cet inconvénient lorsque l'on n'a pu l'éviter par l'artifice de la position.

Il se peut en effet qu'il y ait rétention de caillots. Il m'a été donné de retirer par le cathétérisme plus de 500 grammes de caillots de petit et moyen volume, et par la taille hypogastrique un caillot de 300 grammes. La taille était indiquée par un néoplasme et pouvait seule permettre d'entraîner en son entier un semblable magma. Mais on conçoit que le litbrotriteur pourrait dissocier des caillots trop volumi-

neux pour être extraits par les voies naturelles. Nous ne parlons pas en effet de dissociation à l'aide d'agents tels que la pepsine. Indépendamment du peu de certitude de leur action, nous avons trop conscience du danger de la putréfaction des foyers sanguins, pour adopter semblable pratique.

L'extraction par les voies naturelles donne d'ailleurs de très beaux résultats si elle est faite dans de bonnes conditions. Une sonde évacuatrice semblable à celle que nous employons pour la lithotritie, c'est-à-dire une sonde en argent à *deux yeux* du n° 24 à 26 et une seringue à anneaux, sont les instruments nécessaires. L'aspirateur des fragments calculeux est totalement impuissant. Pour que l'aspiration à la seringue s'exerce, il faut que le petit bout de la canule soit dévissé de façon que l'ouverture du bout de la seringue ait la plus grande largeur possible. L'évacuation totale des caillots est ainsi facilement obtenue; des injections sont nécessaires pour délayer le contenu de la vessie et donner prise à la force aspiratrice. Elles sont également utiles pour complètement laver la vessie débarrassée de ses caillots et l'on peut, dans ces conditions, tenter de les rendre astringentes. Dans les cas où j'y ai eu recours, je n'ai pas provoqué d'hémorrhagies nouvelles par ces manœuvres. J'ai même pu obtenir l'atténuation et bientôt la cessation de l'hématurie par le fait du repos donné à l'organe dont les contractions expultrices sont ainsi instantanément calmées.

Ce calme doit être maintenu, et, pour l'assurer, les opiacés offrent une ressource des plus précieuses. Dès que la vessie est vidée, l'administration d'un lavement laudanisé à 20 gouttes, que l'on renouvelle quelques heures après, assure le bon résultat de l'opération. L'injection sous-cutanée de morphine est également de mise.

C'est en effet le calmant par excellence des contractions expultrices de la vessie. Son action est particulièrement nécessaire quand l'hématurie se complique de cystite. L'état douloureux peut à lui seul déterminer les contrac-

tions expultrices et, pour peu que des caillots se forment, elles deviennent intolérables. Essayer d'emblée dans ces cas l'aspiration et les grands lavages, serait s'exposer à déterminer en pure perte de violentes douleurs sans aboutir à aucun résultat. L'emploi des injections sous-cutanées de morphine dénoue la situation. La douleur s'apaise et les caillots qui ne cédaient pas aux injonctions répétées et brutales de contractions désordonnées, sont expulsés grâce au calme de la vessie ou peuvent être aspirés. Bien plus, et je l'ai observé dans plusieurs cas, l'hématurie qui avait résisté plusieurs jours à différents moyens de traitement, s'arrête sous l'influence sédative de la morphine. Cet alcaloïde n'a pas cependant, lui non plus, de vertu hémostatique. Mais il a agi, sinon sur la cause primitive de l'hématurie, du moins sur sa cause actuelle, sur sa cause déterminante. Avec la cessation de l'excès de la douleur et des contractions, la congestion diminue et l'hématurie cesse.

Aussi bien dans le traitement de ses complications que lorsqu'on cherche à la combattre elle-même, l'hématurie n'est donc sûrement et victorieusement enrayée ou arrêtée, que lorsque l'on peut s'attaquer à sa cause. Modérer la perte du sang par des moyens dynamiques, médicamenteux ou par le traitement local, l'arrêter s'il le faut par une opération, compenser ses effets, prévenir et combattre ses complications, arriver toutes les fois qu'il est possible à la prompte suppression de sa cause et lorsqu'on ne le peut, éloigner le retour des crises, tel est le résumé des indications du traitement de l'hématurie.

REVUE CLINIQUE

Épithélioma ayant détruit toute la verge et ayant envahi le tissu cellulaire sus-pubien. — Ablation de la tumeur, nécessitant une castration double. — Guérison.

Par MM. les docteurs POLAILLON et DUBUC.

M. J... se présente à M. Dubuc le 24 janvier 1888, adressé par le docteur Sergent.

C'est un homme de 54 ans, qui a conservé de l'embonpoint, mais dont le facies est pâle et fatigué.

Il a toujours joui d'une bonne santé. Il signale nettement dans ses antécédents l'existence d'une syphilis, dont le début remonte à 25 ans et pour laquelle il a subi un traitement mercuriel à Nantes, où il demeurait alors.

L'affection actuelle, siégeant à la verge, a commencé vers Noël 1886, c'est-à-dire, il y a juste 13 mois; il est très affirmatif sur ce point.

A l'origine, elle paraît s'être développée sur la partie latérale gauche du gland et avoir présenté des caractères ulcéreux; c'est du moins ce qu'a supposé le malade, car à ce moment, le prépuce recouvrant le gland et ne pouvant être ramené en arrière, il n'avait pas l'affection directement sous les yeux.

Bientôt, la partie correspondante du prépuce se trouva détruite par les progrès de l'ulcération et celle-ci suivit une marche progressivement envahissante, sans que, chose incroyable, le malade ait songé à s'en préoccuper. Il la rattachait à son ancienne syphilis et pensait qu'elle jouait un rôle d'émonctoire, par suite de l'ichor sanieux qu'elle sécrétait.

Il n'alla trouver le docteur Sergent, son médecin et son ami, que peu de jours avant la date où celui-ci l'adressait à M. Dubuc.

Voici quel était l'aspect des choses, lors du premier examen.

La verge, presque entièrement détruite, consiste dans un moignon informe, induré, déchiqueté, ulcéré, avec des parties en saillie, fournissant une humeur sanieuse et fétide.

Dans cet ulcère anfractueux, on reconnaît une portion de la moitié droite du gland et du corps caverneux correspondant. La peau de la partie supérieure de la verge est détruite jusqu'en avant de la symphyse pubienne.

La destruction porte sur l'urèthre jusqu'en ce point, et, le malade ayant été invité à uriner, on voit le jet petit, éparpillé, sortir immédiatement en avant de la symphyse.

La peau de la face inférieure de la verge est conservée dans sa presque totalité.

Au niveau et au-dessus de la symphyse pubienne, le tissu cellulaire sous-cutané est épaissi, induré, et forme une masse étalée, assez considérable.

Il existe des ganglions un peu engorgés et durs dans les deux aines. Le scrotum est intact. La prostate est à l'état normal.

A diverses reprises, l'ulcération de la verge a fourni des hémorrhagies peu considérables, que le malade compare à des saignements de nez.

Interrogé, le malade dit qu'il a encore parfois des rêves érotiques, mais jamais d'éjaculations.

Le diagnostic de M. Dubuc est *épithélioma de la verge à marche exceptionnellement rapide;* toutefois, comme l'existence d'une syphilis antérieure paraît indéniable, il prescrit, à titre de pierre de touche, un traitement spécifique mixte par le mercure et l'iodure de potassium, en recommandant au malade de ne pas s'y attarder et en lui faisant entrevoir la nécessité d'une opération radicale.

Le malade n'est revu que le 21 février, près d'un mois après sa première visite.

Le travail destructif a encore fait des progrès ; on ne trouve plus de vestiges de la moitié droite du gland, et presque plus du corps caverneux droit.

La peau de la face inférieure de la verge a été aussi en partie détruite. Il existe en avant de la symphyse des mamelons informes, assez volumineux, durs, ulcérés, fournissant la sécrétion sanieuse déjà signalée.

A diverses reprises, il y a eu écoulement de sang à la surface de l'ulcère, mais léger et facile à arrêter par la compression.

La masse indurée, située au-dessus du pubis, dans le tissu cellulaire sous-cutané, présente à peu près le volume du poing. Même état des ganglions inguinaux.

M. Dubuc exprime alors l'avis qu'étant donné l'insuccès du traitement spécifique, il n'y a plus de doute à conserver sur la nécessité de procéder sans retard à l'ablation complète de tous les tissus malades.

M. Polaillon appelé en consultation le 23 février est quelque peu surpris, comme M. Dubuc, de la rapidité de la marche du travail destructif : il ne met pas en doute, en effet, qu'il ne s'agisse d'un épithélioma, et, comme une des masses bourgeonnantes, qu'on voit à la surface de l'ulcère, ne tient plus que par un pédicule étroit, elle est enlevée, ce qui permettra de préciser le diagnostic à l'aide de l'examen microscopique.

Cet examen fait au laboratoire de M. Malassez, au Collège de France, prouve qu'il s'agit bien d'un épithélioma.

L'opération, pour être complète, nécessitera des délabrements considérables. Il faudra enlever la masse indurée sus-pubienne, le moignon de verge qui subsiste, les ganglions indurés des aines et, très probablement, les deux testicules, de façon à pouvoir atteindre les racines des corps caverneux.

M. J... dont le moral est excellent, qui a conservé de

bonnes digestions et qui, malgré sa pâleur, est encore vigoureux, accepte l'idée d'une opération aussi importante qu'il sera nécessaire.

Opération le 14 *mars* 1888, à la maison de santé des frères de Saint-Jean de Dieu. Le docteur Sergent administre le chloroforme. Le docteur Polaillon tient le bistouri, et le docteur Dubuc l'assiste dans l'opération.

Deux incisions partant de la ligne médiane, à quatre travers de doigt au-dessus du pubis, viennent gagner de chaque côté les parties internes du pli de l'aine. Ces incisions circonscrivent un espace triangulaire, dont la base est formée par la racine des bourses et présente un écartement d'environ 5 à 6 centimètres.

Arrivé aux couches profondes du tissu cellulaire, le bistouri est abandonné pour le thermocautère. Nous disséquons alors lentement toute la tumeur pubienne; en la détachant de haut en bas, jusqu'à la symphyse du pubis. L'articulation pubienne et le corps du pubis sont rasés de très près par le thermocautère. De chaque côté la tumeur tient par les cordons spermatiques. Nous les isolons, nous les lions en deux faisceaux avec un fil de soie, puis nous les coupons au-dessous de la ligature.

Nous pouvons alors poursuivre notre dissection avec le thermocautère au-dessous de l'arcade pubienne, dans la profondeur du périnée. Nous détachons les racines du corps caverneux, qui sont très probablement envahies par l'épithélioma, et nous sectionnons transversalement le canal de l'urèthre au niveau de l'aponévrose moyenne du périnée.

La tumeur, formée par la masse cancéreuse qui entourait l'urèthre et par les deux testicules, ne tient plus que par la peau de la face postérieure du scrotum. Nous découpons dans cette peau un petit lambeau qui recouvrira en partie la perte de substance du périnée et qui formera un petit moignon, destiné, dans notre pensée, à diriger en avant le jet de l'urine.

Nous explorons la partie interne des aines pour nous as-

surer qu'il ne reste pas, dans cette région, quelque ganglion suspect.

L'écoulement sanguin a été considérable pendant l'opération, malgré la précaution de saisir avec des pinces à forcipressure les artères coupées. Les artères honteuses internes furent immédiatement saisies et liées.

Une grosse sonde de caoutchouc rouge fut introduite dans la vessie par l'orifice uréthral que nous n'eûmes pas de peine à retrouver.

Enfin toute la plaie opératoire ayant été soigneusement lavée à l'eau phéniquée, nous rapprochâmes les lèvres de l'incision sus-pubienne par une suture métallique. Nous rapprochâmes aussi par la suture la perte de substance périnéale, et nous fixâmes la sonde de caoutchouc avec une épingle de nourrice qui embrochait de chaque côté les lèvres de l'incision.

Le pansement fut fait avec un épais gâteau de cellulose au sublimé, recouvrant la partie inférieure du ventre, le haut des cuisses et tout le périnée. Une couche de ouate entourait le bassin et les cuisses. Un bandage en spica maintenait le tout en place et exerçait une certaine compression. On avait eu soin de laisser passer la sonde vésicale à travers le pansement et de la munir d'un fosset.

L'opération a duré près d'une heure et demie.

Le malade est réveillé et placé dans son lit avec un coussin sous les jarrets.

Le 15 *mars.* — La sonde fonctionne bien.

Le 16 *mars.* — Le pansement est renouvelé. Il y a un peu de sphacèle au niveau du lambeau du scrotum. Poudre d'iodoforme, compresses iodoformées sur la plaie; gâteau de cellulose au sublimé; bandage compressif en spica.

Le 18 *mars.* — Deuxième pansement *ut supra*. Le sphacèle s'est limité à une petite étendue de la peau du lambeau scrotal. La sonde fonctionne bien. Mais il y a de la congestion pulmonaire et des râles sous-crépitants à droite.

Les jours suivants le pansement est renouvelé tous les

deux jours. La congestion des poumons n'a été que passagère.

Le 24 *mars.* — A la suite d'un effort pour aller à la garde-robe, hémorrhagie qui mouille toutes les pièces du pansement. Sans défaire ce dernier, on applique une bande de caoutchouc qui comprime fortement le périnée. L'écoulement sanguin s'arrête.

Le 25 *mars.* — Le pansement est enlevé. L'hémorrhagie ne s'est pas reproduite. La source était probablement au niveau d'une des artères honteuses internes.

Le 30 *mars.* — La plaie suppure peu. La cicatrisation se fait rapidement.

Les pansements ne sont plus renouvelés que tous les trois jours.

Le 15 *avril.* — M. J... est guéri, et peut quitter la maison de santé. Il urine assez bien ; une partie du liquide s'écoule en bavant, l'autre par un jet dirigé obliquement vers la droite.

L'état général s'est déjà amélioré; le visage a repris une meilleure coloration.

Le 11 *mai.* — Le malade se présente chez M. Dubuc atteint d'une rétention complète d'urine qui remonte à à quelques heures. Il raconte que, dans les jours qui ont précédé, il éprouvait une véritable difficulté à uriner et que les besoins étaient devenus impérieux.

L'orifice de l'urèthre s'est, en effet, rétracté d'une manière très prononcée; ce n'est qu'après des tâtonnements assez prolongés qu'il peut être trouvé avec un stylet de trousse au milieu d'un petit groupe de bourgeons cicatriciels. La présence du stylet est suffisante pour permettre à la vessie de se vider. Une petite sonde n° 8 est ensuite laissée à demeure.

Les jours suivants, M. Dubuc procède à la dilatation de l'orifice uréthral rétracté avec des bougies Béniqué droites. La dilatation est portée jusque au n° 16 de la filière au tiers de millimètre, non sans difficulté, l'orifice uréthral présentant une rétraction cicatricielle prononcée.

Le malade devra procéder chaque jour à l'introduction de deux ou trois Béniqué droits.

Le 22 juin. — Nouvel accès de rétention, résultant de ce que M. J... a négligé d'introduire ses bougies métalliques dans les jours qui ont précédé. Il y est remédié de la même façon que la première fois, et de plus, des recommandations sont faites au malade pour qu'il introduise ses bougies tous les jours.

Le moral est toujours excellent. L'état général est satisfaisant, quoique le visage conserve une certaine pâleur; aucune trace de récidive de l'épithélioma.

M. J... a trouvé un moyen commode pour uriner debout, sans être mouillé; il se sert d'un petit entonnoir aplati qu'il applique sur le périnée par sa partie évasée et qui lui permet de rejeter l'urine en dehors du pantalon.

Le 14 décembre 1888, neuf mois après l'opération, nous avons des nouvelles du malade par un de ses amis, qui le voit à des intervalles rapprochés; il conserve une certaine pâleur du visage; mais il est très gai et paraît jouir d'une bonne santé.

L'examen histologique, fait au laboratoire du Collège de France par M. Mariage, interne des hôpitaux, a porté sur deux parties de la tumeur : sur le fragment de la verge tombé en gangrène avant l'opération et sur une partie de la pièce enlevée par l'opération.

I. — Des coupes faites sur le fragment atteint de gangrène se colorent irrégulièrement par le picro-carmin. On peut cependant y distinguer ce qui suit: 1° une couche correspondant au corps caverneux présentant des orifices vasculaires, séparés par des cloisons fibreuses et élastiques au milieu desquelles on trouve des artérioles oblitérées et en dégénérescence graisseuse; 2° une couche périphérique correspondant à la peau et à la couche de tissu cellulaire sous-cutané. Les éléments sont très altérés et difficilement reconnaissables. On y distingue cependant des productions lobulées d'épithélium pavimenteux, envoyant des ramifi-

cations jusque dans la partie profonde de la couche sous-cutanée. Les cellules épithéliales sont bien distinctes en quelques endroits; il n'y a pas de globules épidermiques.

Cette couche périphérique est infiltrée d'une façon générale par des cellules embryonnaires.

II. — Sur la pièce enlevée par l'opération, un fragment a été prélevé dans la partie profonde de l'urèthre et durci à l'alcool, des coupes colorées au picro-carmin ont montré les particularités suivantes :

Au milieu d'un tissu fibreux très dense, se trouvent de nombreuses productions épithéliales, développées dans le sens des faisceaux fibreux, et ayant, en certains points, une disposition alvéolaire, comme dans le carcinome.

La prolifération épithéliale est surtout prédominante au niveau des artères, qui sont presque toutes atteintes d'endartérite chronique avec oblitération de leur calibre; quelques grosses artères ne sont pas complètement oblitérées, mais leur tunique interne est enflammée et épaissie irrégulièrement. La lésion épithéliale atteint en certains points leur tunique externe, au milieu de laquelle il n'y a que très peu d'éléments embryonnaires.

Il s'agissait donc bien d'un épithélioma de la verge. Mais les lésions des artères semblent être de nature syphilitique.

Réflexions. — L'obligation d'enlever les corps caverneux jusqu'à leurs racines, dans le cas de certains cancers de la verge, nécessite l'ablation des deux testicules. Nous avions songé, d'abord, à conserver ces organes soit en fendant le scrotum sur la ligne médiane, soit en le perforant à sa base, de manière à le laisser suspendu au pubis par les deux cordons spermatiques et par la portion de peau qui avoisine les cuisses. Mais nous n'étions pas sûrs d'enlever tout le mal en ménageant ainsi les testicules. L'épithélioma ayant détruit la verge jusqu'à la racine des bourses, nous nous exposions, par ce procédé, à laisser du tissu cancéreux dans la peau du scrotum. Nous n'avons donc pas hésité à sacrifier les testicules.

Cette pratique a d'ailleurs été suivie déjà une fois à notre connaissance. Le docteur V. Mercanton (*Semaine médicale*, n° 45, p. 459, 1887), chirurgien de l'hôpital cantonal de Lausanne, dans un cas de cancroïde de la verge, a extirpé cet organe en totalité en enlevant les racines des corps caverneux, les deux testicules et des paquets de ganglions inguinaux. Nous conseillons d'agir ainsi toutes les fois qu'il faudra emporter la verge jusque dans la profondeur du périnée.

Nous ferons remarquer que nous avons eu, chez notre malade, une atrésie cicatricielle de l'orifice uréthral, allant jusqu'à l'impossibilité d'émettre l'urine et nécessitant une dilatation méthodique. Cet accident aurait été évité, si nous avions pu suturer la muqueuse de la portion membraneuse de l'urèthre aux téguments du voisinage. Mais les téguments avaient été abrasés dans une trop grande étendue pour que cette suture fût possible. M. Mercanton avait, chez son malade, disséqué la portion membraneuse de l'urèthre et l'avait fixée à l'extérieur au moyen d'une boutonnière pratiquée sur la ligne médiane du périnée. La miction se faisait sans difficulté, et l'orifice de l'urèthre était représenté par un petit tubercule rosé situé au périnée. Il est évident qu'il faudra imiter ce procédé toutes les fois qu'il sera réalisable.

REVUE DES JOURNAUX

PRESSE FRANÇAISE

1° URÉTHROTOMIE INTERNE, GUÉRISON; TAILLE HYPOGASTRIQUE, MORT, par le docteur H. PICARD (*France médicale*, 10 novembre 1888). — Un homme de 68 ans, présentant tous les symptômes rationnels d'un calcul vésical, était en même temps porteur

d'un rétrécissement uréthral, assez peu serré pour admettre une sonde exploratrice en métal n° 15, qui confirma la présence de la pierre molle et de volume moyen. L'état général était mauvais : amaigrissement, peau sèche, langue rouge, salive peu abondante, soif vive; urine abondante (3 litres par 24 heures), pâle, trouble, fortement odorante, abandonnant un dépôt grisâtre et visqueux; pouls dicrote, bruit de galop au cœur, température n'atteignant pas 37° dans le rectum. Malgré ces conditions déplorables, l'intervention immédiate s'impose en raison des douleurs intolérables survenues depuis quelque temps. On fait d'abord l'uréthrotomie interne de façon à élargir le canal et à permettre le passage des instruments de la lithotritie. Cette première opération n'est suivie d'aucun incident mais ne donne pas à l'urèthre le calibre ni la souplesse nécessaires pour la correcte introduction des lithotriteurs et des évacuateurs.

La taille hypogastrique est donc pratiquée quinze jours après l'uréthrotomie et n'offre rien de particulier à signaler : extraction d'un calcul phosphatique gros comme un œuf de poulette; sutures en masse d'une partie de la plaie abdominale, fixation du double tube de Périer, qui fonctionne d'ailleurs parfaitement.

Aussitôt après l'opération, apparition d'un hoquet peu intense, mais persistant, que M. Picard a déjà observé plusieurs fois après la taille hypogastrique et qu'il attribue au ballonnement rectal, sans lui attacher d'ailleurs une signification grave. Les tubes sont enlevés le cinquième jour, les sutures le septième : réunion complète, bon état de la plaie vésico-hypogastrique où passaient les tubes. Ceux-ci sont remplacés par une sonde uréthrale en gomme élastique, par laquelle passe la totalité de l'urine.

Mais le hoquet est bientôt remplacé par une légère hésitation de la parole, puis par de véritables accès de délire. Quoique la plaie de belle apparence se rétrécisse très vite et que l'urine coule régulièrement et en abondance par la sonde, la température ne tarde pas à tomber au-dessous de 37° et, après diverses alternatives de calme et d'agitation, l'opéré succombe le douzième jour dans le coma.

En somme, ce malade, déjà âgé et profondément anémié par

une ancienne affection des reins, avait subi en quinze jours deux opérations : la première, l'uréthrotomie interne, l'avait laissé indifférent, ce qui en prouve l'innocuité; mais l'autre, la taille hypogastrique, dont les manœuvres l'avaient atteint bien plus gravement, l'avait renversé. En présence d'un pareil résultat, on doit se demander si la lithotritie n'eût pas été préférable. M. Picard le croit et il pense qu'en débarrassant par cette dernière le malade d'un seul coup, on lui eût permis de vivre encore quelque temps. Car, entre la taille et la lithotritie en une séance, il y a toute la différence d'une plaie profonde, intéressant un viscère important, et de toutes ses conséquences, à un traumatisme léger et d'une durée relativement courte. Malheureusement, ici, si le calcul eût été facile et prompt à briser, le canal n'était perméable ni aux lithotriteurs ni aux évacuateurs. Peut-être avec le temps eût-on pu élargir l'urèthre; mais c'était dans le cas présent une manœuvre délicate, un appareil urinaire malade à ce point n'aimant pas les attouchements répétés. D'autre part, l'état du malade était pressant, et s'attarder c'était risquer de le voir périr sans avoir tenté le nécessaire.

2° Du lavage de la vessie par ponction sus-pubienne, par le docteur Verchère, ancien chef de clinique chirurgicale (*Union médicale*, 3 novembre 1888). — « Les indications du lavage de la vessie sont formelles, dit M. Verchère, et deux procédés seuls ont été employés jusqu'à ce jour : l'un, connu de tout temps, se pratique au moyen de la sonde introduite dans la cavité vésicale par l'urèthre; l'autre, emprunté récemment par M. Lavaux au docteur Vaudenabeele, ne fait pas usage de la sonde... Pour le premier il faut que le canal soit perméable à l'instrument, pour le second il faut que le malade puisse uriner pour expulser le liquide introduit dans sa vessie par la canule. Si ces deux conditions font défaut, ce qui est arrivé dans le cas suivant, il semblait impossible de faire le lavage vésical. » Voyons comment M. Verchère s'y est habilement et heureusement pris pour tourner la difficulté.

Un vieillard de 72 ans avait été pris, un an environ auparavant, de rétention subite et complète, qui céda à quelques cathétérismes pratiqués à l'aide d'une sonde en caoutchouc

rouge, laquelle fut introduite sans difficulté par le médecin et le malade lui-même. A la suite d'un repas de famille un peu plus copieux et plus prolongé que d'ordinaire, une nouvelle rétention survient, aussi absolue que la première. Le malade essaye de s'introduire une sonde en caoutchouc, munie d'un mandrin intérieur en fil de fer: celui-ci passe par l'œil de la sonde et crée dans la prostate une fausse route qui saigne abondamment et dans laquelle s'engagent inévitablement tous les instruments courbés, coudés ou bicoudés qu'on tente de conduire dans la vessie.

Devant cet échec de tous les instruments, et devant l'état de plus en plus grave du malade, M. Verchère n'hésite pas à faire immédiatement la ponction hypogastrique de la vessie avec un trocart capillaire de l'aspirateur Dieulafoy. On retire environ un litre d'urine franchement ammoniacale (alors qu'habituellement elle était normale), en en laissant à peu près 500 à 600 grammes dans la vessie qui remonte encore notablement au-dessus du pubis.

Le lendemain, la rétention persiste ; pas de miction par regorgement ; envies d'uriner incessantes ; état général grave : langue sèche, vomissements, douleurs rénales, 39° de température. L'urine retirée par une nouvelle ponction était d'une odeur ammoniacale repoussante, trouble et épaisse. Après avoir évacué à peu près la moitié du contenu vésical, M. Verchère, laissant en place la canule de son trocart aspirateur, injecte lentement une certaine quantité de solution boriquée tiède à 4 p. 100. Puis, après avec retiré une seringue du mélange intra-vésical (urine et acide borique), il pousse de nouveau pareille quantité de solution boriquée, et ainsi de suite une dizaine de fois jusqu'à ce que le liquide ressorte clair et limpide. 50 grammes de la solution antiseptique sont laissés dans la vessie. Bain prolongé, potion avec 4 grammes de borate de soude, suppositoires opiacés et belladonés, régime lacté exclusif.

Dès le soir même, l'état était complètement changé : les vomissements avaient disparu, la langue était plus humide, la température à 37°. Nouvelle ponction et nouveau lavage dans les mêmes conditions : l'urine était beaucoup moins ammoniacale et plus limpide, sauf les dernières gouttes qu'il fallait

aller chercher dans le bas-fond vésical et qui étaient encore troubles, filantes et odorantes.

A partir de ce moment, l'état général resta satisfaisant; la fièvre ne reparut plus et, pendant cinq jours, ponction et lavage furent répétés toutes les huit heures. Le cinquième jour, on put passer par l'urèthre une sonde bicoudée en gomme et, dorénavant, les sondages et les lavages purent s'effectuer par le canal. Notons cependant qu'une tentative de cathétérisme avec la sonde en caoutchouc rouge rouvrit la fausse route prostatique, et il fallut de nouveau recourir à 31 séances de ponction et lavage par l'aspirateur. Finalement, la fausse route se cicatrisa; la miction naturelle se rétablit; cependant quelques cathétérismes et lavages avec la sonde bicoudée furent encore nécessaires pour nettoyer la vessie. Le malade a pu retourner en province et reprendre sa vie habituelle : et, depuis plusieurs mois, le malade n'a pas éprouvé le moindre accident.

Après avoir détaillé cette intéressante observation, M. Verchère insiste sur la gravité de l'état dans lequel se trouvait le le malade quand il l'a vu pour la première fois, et sur l'énorme et immédiate amélioration qui a suivi l'application de son ingénieux procédé. Ce dernier ne semble d'ailleurs présenter aucun inconvénient sérieux, à condition que les trocarts et canules soient d'une propreté irréprochable. C'est ainsi qu'on évite les abcès ou phlegmons que pourraient déterminer des ponctions si souvent répétées et dans un espace aussi restreint. Dans ces conditions, la pénétration dans le tissu cellulaire d'une goutte de solution boriquée ou d'urine, ou de quelques parcelles de vaseline est tout à fait inoffensive. En somme, le procédé employé par le docteur Verchère est à préconiser en cas semblable, si l'on ne veut pas recourir à la boutonnière périnéale ou à la fistule et à la canule hypogastriques de Thompson, à moins qu'on ne pratique la taille sus-pubienne, comme l'a fait récemment M. Rohmer (de Nancy). (Voir à ce sujet le numéro d'août 1888 des *Annales*, p. 569.)

3° Sarcome de la vessie chez l'enfant, par M. de Lostalot, interne des hôpitaux (*Revue des maladies de l'enfance*, octobre 1888). — Les tumeurs de la vessie, et principalement le sarcome, se rencontrent assez rarement chez l'enfant. C'est ce fait constaté

par presque tous les auteurs qui donne un intérêt particulier à cette observation, dans laquelle il s'agit d'un cas de sarcome du col de la vessie, observé chez un enfant de 4 ans et demi.

Cette tumeur ne s'est pas accompagnée d'hématuries, mais elle a donné lieu à de la cystite et, dans les derniers jours, à des phénomènes de pyélo-néphrite suppurée qui ont emporté le petit malade. A quoi faut-il attribuer cette complication? Il est bien difficile de dire si l'introduction d'une bactérie pyogène dans les voies urinaires par l'intermédiaire des sondes doit être seule incriminée, comme le pense l'auteur, et s'il ne faut pas plutôt accuser le séjour forcé d'une certaine quantité d'urine dans la vessie dont l'évacuation était rendue incomplète par la présence de la tumeur sur le col.

4° Du salol dans le catarrhe de la vessie, par le docteur Arnold (*Bulletin médical*, 31 octobre 1888, d'après le *Therap. Monatsh.*). — Dans un cas de cystite, par suite de rétention d'urine et de sondages répétés, chez un homme de 80 ans, M. Arnold s'est très bien trouvé de l'usage interne du salol à la dose de 3 grammes par jour. Sous l'influence de ce médicament, l'odeur ammoniacale de l'urine disparut; de trouble qu'elle était, l'urine devint bientôt parfaitement limpide et prit une réaction d'abord neutre et ensuite franchement acide. Chaque fois qu'on essayait de suspendre le traitement, l'urine redevenait immédiatement trouble, ce qui obligeait à continuer toujours l'usage du salol. Jusqu'à présent, le malade a pris en tout 150 grammes de salol (en 74 jours). Son urine est normale et son état général excellent.

5° Reconstitution expérimentale de la vessie, par MM. Tizzoni et Poggi (de Bologne) (*Union médicale*, 23 octobre 1888, d'après la *Riforma medica*). — Cette expérience opératoire, faite sur une petite chienne, fut exécutée en deux temps séparés par un intervalle d'un mois. Le premier temps comprenait l'isolement d'une portion de l'intestin grêle, destinée à servir de corps à la vessie artificielle; le second temps comprenait l'excision de la vessie urinaire et la réunion au col vésical, laissé intact, de l'anse intestinale isolée précédemment.

Premier temps : anesthésie par le chloroforme; incision de

l'abdomen sur la ligne blanche depuis le pubis jusqu'à l'ombilic ; choix d'une anse mobile de l'intestin grêle ; isolement d'une portion de cette anse longue de 7 centimètres au moyen de deux incisions transversales en laissant le mésentère absolument intact ; évacuation des matières fécales contenues dans cette portion, et lavage avec une solution d'acide phénique. Les deux bouts de l'anse isolée sont soigneusement fermés par des sutures circulaires, et un des bouts est en outre fixé par un point de suture par-devant le col vésical, afin de maintenir l'anse dans la position verticale. Réunion par la suture des deux grands segments de l'intestin pour rétablir la continuité du tube intestinal.

Deuxième temps : anesthésie chloroformique ; incision de l'abdomen sur l'ancienne cicatrice ; l'anse isolée est débarrassée de quelques adhérences qu'elle a contractées ; elle est un peu raccourcie et rétrécie, bien que sa nutrition par le mésentère intact eût été parfaite. Avec toutes les précautions indispensables, on détache les uretères du col de la vessie, on les isole sur une longueur de quelques centimètres, et on procède à l'ablation totale du corps de la vessie. On ouvre ensuite, par une incision transversale, le bout inférieur de l'anse intestinale isolée, on réunit ce bout au col vésical au moyen de sutures, on implante les uretères à la partie inférieure de l'intestin destiné à servir de corps à la nouvelle vessie, et on ferme la plaie abdominale. Un petit tube élastique est laissé à demeure dans la vessie et l'urèthre pour assurer, au moins pendant les premiers jours, l'écoulement permanent de l'urine.

Les suites de l'opération furent bénignes, et, au bout de quelques jours, l'animal était complètement guéri de ses plaies. La première semaine, il y avait chez la chienne incontinence complète d'urine, mais la fonction du sphincter vésical se rétablit peu à peu dans la suite. L'animal est maintenant en état de retenir son urine pendant environ une heure, et il expulse (dans la posture caractéristique que les chiennes prennent pendant les mictions) de 10 à 14 centimètres cubes d'urine à la fois.

Le résultat de cette première expérience de MM. Tizzoni et Poggi est donc très satisfaisant : la chienne, opérée il y a deux mois, se porte bien ; elle a même engraissé. Il n'y a chez elle

d'anormal que la grande fréquence des mictions, ce qui dépend des dimensions trop petites de la nouvelle vessie. Mais il est bien probable que ce réceptacle se dilatera avec le temps, et que la fréquence des mictions diminuera en conséquence.

Dans une seconde expérience du même genre, les auteurs se proposent d'isoler une plus longue partie d'intestin, afin d'obtenir une vessie plus spacieuse, et d'exécuter l'opération en une seule séance.

Dr Robert JAMIN.

PRESSE DES ÉTATS-UNIS

(*New-York medical Journal* 29 *septembre* 1888.)

Association américaine des chirurgiens des organes génito-urinaires. — 2e session tenue à Washington, sous la présidence du Dr EDOUARD KEYES de New-York, les 18, 19, 20 septembre 1888.

1° PYOHÉMIE CONSÉCUTIVE A UNE BLENNORRHAGIE. — Le docteur Roswell Park, de Buffalo, rapporte le fait d'un homme qui contracta une blennorrhagie un mois avant d'entrer à l'hôpital. L'écoulement cessa au bout de deux semaines, et il se développa un gonflement du genou, que son médecin attribua à un rhumatisme blennorrhagique.

Lorsque le malade entra à l'hôpital, le genou gauche était très enflé et fluctuant, le genou droit un peu moins : l'état général du malade était typhique. Ces symptômes augmentèrent d'intensité, et il devint nécessaire de pratiquer la ponction d'un genou à cause de l'énorme distension qu'il présentait; on en retira une sérosité louche. La langue présenta un état saburral, le malade eut le délire, les symptômes septiques augmentèrent, et le malade succomba.

A l'autopsie on trouva une collection purulente dans l'articulation sterno-claviculaire, en même temps que les surfaces articulaires étaient érodées. Il y avait du pus dans d'autres articulations, et les ganglions mésentériques étaient hypertrophiés, etc.

Ce cas a été observé il y a quelques années, et l'auteur n'a pas pu dire si c'était avant tout un cas d'uréthrite spécifique

causée par le gonococcus de Neisser. On n'a pas encore observé non plus que le gonococcus pouvait produire des abcès, quelle que puisse être son influence sur les membranes muqueuses. La pyohémie immédiatement consécutive à la blennorrhagie est extrêmement rare. Les auteurs ont souvent confondu cet état avec la septicémie, l'endocardite et la péricardite. Le docteur Roswell a souvent rencontré, dans des cas que l'on considérait comme normaux, des bactéries de l'urèthre présentes dans les cas chirurgicaux; et il pense que l'on peut rapprocher de ces cas le fait de pyohémie qu'il vient de rapporter. Pourquoi ces bactéries ne sont-elles pas une cause fréquente de pyohémie, dans les inflammations gonorrhéiques : cela lui est impossible de répondre.

2° Observations cliniques sur la blennorrhagie considérée spécialement au point de vue de son étiologie, de sa durée et de son traitement. — Les docteurs Bryson et Burnett, de Saint-Louis, présentent ce mémoire basé sur l'observation de 1 394 cas. Plus leur expérience s'accroît, plus ils inclinent à croire que la blennorrhagie est une affection d'une nature spéciale. La maladie commence toujours au méat ou tout près de cet orifice. Il n'y a pas un seul cas d'inflammation aiguë, sans que l'on constate la présence du gonococcus. Dans les cas diagnostiqués uréthrite non spécifique, les malades ont eu la permission de se marier et leur femme n'a rien contracté; d'autres fois, au contraire, des hommes présentant un écoulement qu'on avait toute raison de croire spécifique et qui s'étaient mariés malgré l'avis du médecin, leur mariage a eu de sérieuses conséquences. Dans ces derniers cas le gonococcus existait dans l'écoulement. On peut avoir les preuves que la maladie continue, longtemps après que tout écoulement du méat a cessé. Le plus grand nombre des blennorrhagies passe à l'état chronique. On peut trouver du pus, 8 et même 16 ans après le début. Dans beaucoup de cas la blennorrhagie passe à un état de repos jusqu'à ce qu'une cause quelconque la ramène à l'état aigu.

3° De l'emploi du nitrate d'argent dans le traitement local des écoulements chroniques de l'urèthre. — Le docteur Sturgis, de New-York, établit d'une façon générale qu'un écoulement

uréthral ne peut être considéré comme chronique qu'après 4 septénaires. Les injections profondes de nitrate d'argent ont, depuis ces dernières années, attiré considérablement l'attention ; mais la difficulté consiste à limiter ces injections au point malade. Si on pouvait les appliquer exactement sur le tissu malade; on éviterait beaucoup de douleur et de malaise aux malades. Il a alors disposé son endoscope de façon que le canal tout entier soit éclairé, en sorte que cela lui a permis de faire l'application du caustique exactement au point où cela était nécessaire. Grâce à leur emploi les îlots de granulations ont été moins congestionnés, ont disparu à la longue, et l'écoulement a cessé. La dose employée était de 60 grains pour une once (3gr,60 pour 28 grammes d'eau). Le docteur Sturgis a également employé avec succès des applications locales de nitrate d'argent dans des inflammations chroniques de l'urèthre même après que le rétrécissement avait commencé à se former.

4° Rapports entre la masturbation et le rétrécissement de l'urèthre. — Le docteur Samuel Gross, de Philadelphie, avait déjà publié un travail à ce sujet en 1877. Il désire de nouveau appeler l'attention du praticien sur la grande fréquence des rétrécissements chez les masturbateurs. Sur 331 malades masturbateurs, le rétrécissement existait dans 291 cas, ou environ 88 p. 100. L'examen a porté sur des malades qui n'avaient jamais eu de gonorrhée ou de lésion du périnée. Sur 82 rétrécissements uniques, 65 se trouvaient près du méat et 13 au collet du bulbe. D'une façon générale le rétrécissement n'était pas étroit, il était unique et situé près du méat.

Le docteur Weis, de New-York, se référant à des recherches qu'il avait faites en 1879 environ, déclare que les rétrécissements de l'urèthre étaient très fréquents chez des malades qui n'avaient jamais eu de maladie vénérienne; il en avait même rencontré chez des nouveau-nés. Il a donc été forcé de conclure que l'on pouvait rencontrer des rétrécissements sur des urèthres normalement développés.

Le docteur Harisson, de Liverpool, n'a pas pu se convaincre que la masturbation amenait des troubles permanents de l'urèthre.

Le docteur Gross termine la discussion en disant que les neuf

dixièmes des masturbateurs avaient un canal qui présentait une sensibilité et une irritabilité prononcées lorsque l'instrument franchissait les rétrécissements, montrant ainsi qu'il y avait une sensibilité anormale, et que l'endoscope faisait découvrir de l'hyperhémie, laquelle, à la longue, pouvait conduire à la formation d'un rétrécissement.

5° NOTE SUR LE PRONOSTIC DES RÉTRÉCISSEMENTS ORGANIQUES DE L'URÈTHRE. — Le docteur Fenwick, de Londres, insiste sur l'importance de l'examen systématique des dépôts de l'urine dans les cas de rétrécissements organiques; et il donne le résultat de 75 cas qu'il a observés. Le dépôt existe dans l'urine, dans la plupart des cas de rétrécissements, et on doit le mesurer avec soin : En l'enlevant on permet aux muscles vésico-urétériques de recouvrir leur pouvoir, et on empêche la cystite chronique et les calculs.

6° TRAITEMENT OPÉRATOIRE DE L'HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE, AVEC DÉMONSTRATIONS STÉRÉOSCOPIQUES DE PIÈCES ANATOMIQUES. — Le docteur Watson, de Boston, lit un mémoire sur ce sujet. Il met en lumière les variétés d'opinion qu'émettent les chirurgiens, concernant les propriétés de chaque traitement opératoire radical, et il propose une analyse raisonnée qui guiderait le traitement opératoire. Il y a deux sortes de données : l'anatomie et la clinique. L'auteur présenta 34 démonstrations stéréoscopiques de pièces d'anatomie; et il montra clairement trois points se rapportant au traitement opératoire : 1° la distance qui sépare le point de réunion de la portion membraneuse et de la portion prostatique de l'urèthre, du point le plus éloigné de l'hypertrophie médiane dans la cavité vésicale et qu'il désigne sous le nom de distance périnéale ; 2° la forme de l'hypertrophie médiane; 3° si la vessie est d'une petite capacité et non dilatable, ou si le contraire existe. Le choix de l'opération dépend de ces trois facteurs. Si la distance périnéale ne dépasse pas deux pouces trois quarts ou trois pouces (de 7 centimètres à 7 centimètres et demi) l'hypertrophie pourra être opérée par le périnée. Mais si l'hypertrophie médiane faisait une saillie, elle serait plus accessible par la taille sus-pubienne. La dilatabilité de la vessie facilite la technique moderne de l'opération sus-pubienne. Dans environ deux tiers des 34 cas, l'obstacle aurait pu

être atteint avec succès, par la voie périnéale. Cette opération présente le plus de sécurité.

Le traitement radical a été moins désastreux que le traitement palliatif. L'auteur a fait cette opération deux fois; l'une avec succès; dans le second cas le malade a succombé à l'opération.

7° PROSTATOTOMIE POUR HYPERTROPHIE DE LA PROSRATE A L'AGE DE 42 ANS. — Le docteur Abner Post, de Boston, rapporte un fait inusité de prostatotomie chez un homme de 42 ans. La prostate était très dure, et on perçut nettement le bruit de sa section qui présenta quelques difficultés. Le malade fait remonter ses troubles urinaires à vingt et une années en arrière. La prostatotomie lui a procuré un soulagement complet. L'hypertrophie n'était pas cancéreuse; mais on n'en put déterminer exactement la nature.

8° QUELQUES POINTS SUR LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES AFFECTIONS DE LA VESSIE ET DES REINS. — Le docteur Stein, de New-York, l'auteur de ce travail, commence par établir que dans certains cas obscures d'affections des voies urinaires, on se pose souvent cette question : Les symptômes vésicaux sont-ils dus à une affection rénale? Les symptômes rénaux sont-ils dus à une affection vésicale? Sont-ils indépendants les uns des autres? Lorsqu'un rein est pris, est-ce le droit ou le gauche? Pour faciliter ce dernier diagnostic, l'auteur a fait construire un cathéter destiné à recueillir l'urine au sortir de l'uretère. Cet instrument se trouve figuré dans le *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, n° d'octobre 1888. — Il se compose d'une grosse sonde à béquille creuse, n° 30 Charrière, terminée par un bec très court, présentant un œil sur la concavité du bec. Sur la convexité existe un orifice beaucoup plus large. Dans cette sonde glisse un tube plus petit, terminé à son extrémité vésicale par une espèce d'entonnoir en caoutchouc qui peut se tenir replié dans la sonde, et par son autre extrémité s'adapte un petit aspirateur composé d'un ballon en verre et d'une poire en caoutchouc. Lorsqu'on introduit la sonde dans la cavité vésicale, l'entonnoir se trouve dissimulé dans la grosse sonde. Une fois dans la vessie, ce qu'on reconnaît à l'issue de l'urine qui s'écoule par la grosse sonde, on continue à introduire

l'appareil jusqu'à ce que le bec de la sonde vienne buter contre la paroi postérieure de la vessie au niveau du trigone. On fait alors glisser le tube intérieur, et dans cette manœuvre, l'entonnoir sort par l'ouverture inférieure de la sonde, et comme cet entonnoir mesure 2 centimètres de diamètre, il s'adapte, paraît-il, exactement sur la région de l'un ou l'autre des uretères, et en faisant fonctionner la poire aspiratrice, l'urine vient se rendre dans le ballon de verre. Lorsqu'on a ainsi retiré l'urine d'un uretère, on fait la même manœuvre pour l'autre côté : et on peut ainsi se rendre compte de la nature de l'urine émise par l'un et l'autre reins.

Reste à savoir si cet appareil fonctionnera bien sur le vivant, le docteur Stein ne l'ayant, jusqu'ici, essayé que sur le cadavre.

A ce propos, le président Keyes rapporte que dans un cas d'hypertrophie rénale d'un côté, le docteur Freund avait diagnostiqué que l'autre rein était sain, d'après l'examen de l'urine recueillie par l'uretère, et avait conseillé la néphrectomie du rein hypertrophié. Le malade fut opéré par Keyes, qui fit néanmoins ses réserves sur l'état de l'autre rein. Le malade alla bien pendant quelques semaines; mais il finit par succomber, et à l'autopsie on trouva que le rein qui restait était atteint de cirrhose.

9° Lithotritie périnéale. — Le docteur Reginard Harrison, de Liverpool (Angleterre) lit l'observation suivante :

« Un jeune homme de 18 ans est entré à l'hôpital de Liverpool dans mon service pendant l'été dernier. Il souffrait d'une grosse pierre phosphatique, dans la vessie, que j'espérais pouvoir opérer par la lithotritie. Le malade est endormi avec l'éther; mais il me fut impossible de saisir la pierre avec le lithotrite, de façon pouvoir à la broyer; bien que je puisse la saisir assez facilement, je ne pouvais rapprocher les mors de l'instrument d'une façon suffisante pour fermer l'écrou. Je me décidai alors à pratiquer la lithotritie périnéale, en faisant l'incision superficielle comme pour la taille latéralisée. J'ouvris la portion membraneuse de l'urèthre, et j'introduisis facilement mon doigt dans la vessie ainsi que pour l'exploration ordinaire. Trouvant alors le calcul aussi volumineux que je l'avais supposé, j'introduisis une forte tenette dans la vessie, je broyai la

pierre et je la retirai. L'exploration digitale m'ayant démontré que la vessie était intacte, je fis des lavages répétés avec une solution de perchlorure de fer et je mis à demeure un gros drain. Je l'y laissai pendant quatre jours ; après quoi je le retirai. Le malade était aussi bien que possible et le onzième jour il urinait par l'urèthre. Bien que la pierre pesât environ trois onces (74 grammes), elle fut broyée et évacuée en moins de cinq minutes.

« Dans les trois autres cas, j'employai le même procédé. Dans un cas, la pierre était d'acide urique ; dans les deux autres, phosphatique.

« Chez deux malades je fis la taille médiane, tandis que chez le troisième je fis préalablement une incision latérale comme dans le cas rapporté plus haut. »

La tenette broyante dont se sert le docteur Harrison consiste en une tenette ordinaire, mais présentant au milieu de ses mors une saillie tranchante, et construite sur le modèle d'un brise-pierre ordinaire (*New-York med. Journ*, 6 oct. 1888).

10° Lithiase rénale compliquée d'hydronéphrose. Néphrotomie lombaire. — Le docteur Rockwel, de Booklyn, rapporte l'histoire d'un malade, qui est une preuve manifeste de la difficulté et de l'incertitude des opérations exploratrices telles qu'on les pratique dans la région lombaire lorsqu'il s'agit de petits calculs dans les reins à l'état normal ou légèrement altérés. Le malade le consulta à la fin de 1887. Il raconte que dans son enfance il avait souffert d'hématurie, et il avait rendu un calcul. Lorsqu'il consulta le docteur Rockwell, il avait des coliques néphrétiques ; de l'hématurie et de temps à autre de l'empâtement dans le flanc droit. Il avait eu plus d'une fois de la rétention d'urine. Le docteur Keyes appelé en consultation avait conseillé, si tous les moyens échouaient, de pratiquer une opération exploratrice. On choisit l'incision postérieure, et celle-ci fut faite au mois de décembre. On eut beaucoup de difficulté à atteindre le rein et à en pratiquer la palpation. A un moment le chirurgien crut sentir un corps dur dans le rein, mais il lui fut impossible de le sentir de nouveau, et il referma la plaie d'opération. Le malade continua à souffrir jusqu'à la fin de janvier, lorsque, après avoir rendu une pierre, il fut beaucoup soulagé. Au mois

de mars il rendit un autre débris, mais il ne se guérit pas complètement. Le docteur Rockwell pense que la palpation qu'il avait exercée sur le rein avait facilité l'expulsion du calcul.

11° Calcul du rein enlevé par la néphrotomie lombaire. — La pièce fut présentée par le docteur Parks, de Chicago. Il vit le malade pour la première fois au mois de mai dernier. Celui-ci lui raconte qu'il avait souffert de crises douloureuses intermittentes, et des symptômes de calculs du rein depuis dix ans; la douleur avait toujours été rapportée au voisinage du rein gauche. Comme les symptômes étaient en général en faveur d'un calcul du rein, on pratiqua la néphrotomie lombaire. On eut les plus grandes difficultés à maintenir le rein de façon à pouvoir le palper avec soin. On fit des ponctions sur plusieurs points, mais on ne put sentir la pierre; et il était sur le point d'abandonner l'opération quand en introduisant de nouveau la main il sentit sur la face postérieure du rein un corps dur. La pierre était rugueuse, présentait des facettes nombreuses, et elle était maintenue d'une façon très serrée de tous côtés; néanmoins, il parvint à la retirer à l'aide de petites tenettes. Le malade guérit et fut complètement soulagé. Le docteur Parks a pratiqué la néphrectomie dans un cas, et il enleva un rein tuberculeux du volume d'une tête d'adulte, à travers une incision lombaire que l'on agrandit jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure, après avoir eu soin de récliner en dehors l'extrémité de la dernière côte. Quant au signe diagnostique de l'aire de sonorité circonscrite dont parle Hingston, lui et bien d'autres ont pris une tumeur ovarique pour un rein malade par suite de la présence d'une sonorité limitée à la partie inférieure de la région iliaque droite.

Sir William Mac Cormack, de Londres, rapporte le cas d'un jenne homme qui présentait des symptômes de calcul du rein suffisamment nets pour autoriser un chirurgien de l'hôpital Saint-Bartholomew, à pratiquer la néphrotomie par l'incision lombaire; mais il ne trouva pas de pierre. Le malade entra ensuite dans son service à Saint-Thomas, au moment où les symptômes étaient extrêmement douloureux. Mais ayant présents à la mémoire les résultats négatifs de la première opération, il hésita à intervenir. Il renvoya le malade; mais celui-ci

revint peu après, et comme la douleur était localisée plus particulièrement en un point correspondant encore à la partie moyenne de l'uretère, il fit l'exploration de ce conduit; mais il ne trouva rien et referma la plaie. Il a appris depuis que le malade avait passé un examen pour entrer dans l'armée et qu'il allait tout à fait bien.

Le docteur Weir, de New-York, a fait 2 néphrectomies, 3 néphrotomies, et a rencontré un cas semblable à celui rapporté par le docteur Rockwell. Dans son cas, le rein avait été palpé avec soin, mais on n'avait senti aucune pierre et l'opération fut abandonnée. Dans l'espace de 24 heures après, le malade avait été entièrement soulagé, et l'urine s'était transformée au point d'être légèrement sanguinolente, et renfermant une grande quantité de cristaux d'acide urique. Il avait néanmoins une certaine répugnance à croire que ces troubles fussent causés uniquement par un calcul récemment formé. Cependant on sait que la palpation du rein pratiquée pour rechercher une pierre, — bien qu'on n'en trouve aucune et qu'il ne s'en émette aucune, — cette palpation a plusieurs fois amené un certain soulagement au malade. En ce qui a trait au malade de sir Mac Cormack, il conseille de pratiquer sur le malade une tentative de drainage avant de procéder à la néphrectomie. Bien qu'il soit actuellement d'accord avec le docteur Lange, sur la préférence qu'il donne à l'incision postérieure lorsqu'il y a danger de septicémie, cependant sa conviction n'était pas ferme, au point qu'il ne puisse la modifier bientôt. Ne pouvait-on pas suturer le péritoine aux lèvres de l'incision afin d'empêcher le danger de la pénétration d'une matière septique dans la cavité péritonéale ?

Le docteur Annandale, d'Écosse, a pratiqué l'incision lombaire pour palper le rein dans le cas de pierre, et cela dans nombre de cas, et, ne trouvant aucun calcul, refermait la plaie. Et cependant tous ses malades, sauf un, ont été soulagés consécutivement de leurs symptômes douloureux.

12° Cas singulier de calcul de l'urèthre. — Le docteur Harvey Mudd, de Saint-Louis, rapporte l'histoire d'un cas qu'il a rencontré sur un nègre âgé de 48 ans et qui avait rendu un calcul alors qu'il était jeune. Il a commencé à avoir des troubles urinaires il y a 5 ou 6 ans ; il y a eu également du sang dans les urines. Comme il éprouvait de la difficulté pour uriner, et comme il avait re-

connu qu'il y avait un obstacle dans l'urèthre, il avait pris l'habitude de repousser l'obstacle à l'aide d'une aiguille à tricoter introduite dans l'urèthre afin de rendre le passage libre. « Il ressentait, disait-il, comme s'il avait heurté des débris osseux. » En avant du bulbe le docteur Mudd retira à l'aide de l'uréthrotomie externe un calcul pesant 281 grains (16gr, 86) et mesurant 3 pouces de circonférence (7 centimètres et demi). Il retira en outre, tant des parties profondes du canal que de la vessie, plusieurs petites pierres pesant 82 grains (4gr, 92). Le malade guérit et il est maintenant en bonne santé.

A. Rizat.

PRESSE ALLEMANDE

1° Blennorrhagie, par M. Ernest Finger. — M. Ernest Finger, docent à l'Université de Vienne, vient de faire paraître un volume de 319 pages, avec 32 figures dans le texte et 5 planches hors texte, sur : *la Blennorrhagie des organes sexuels et ses complications*. Il s'appuie non seulement sur son expérience personnelle, mais aussi sur les connaissances acquises grâce aux nombreux travaux que cette fâcheuse maladie à suscités. Il base sur tout cela une description didactique, complète. Il va sans dire qu'un ouvrage de ce genre échappe à l'analyse. Nous devons nous borner à énumérer les matières qui y sont traitées.

Le livre est divisé en 3 parties. La blennorrhagie : 1° dans le sexe masculin ; 2° dans le sexe féminin ; 3° les complications communes aux deux sexes.

Dans le sexe masculin, l'auteur s'occupe surtout de l'uréthrite qu'il divise en aiguë et chronique ; dans chacune de ces variétés. l'uréthrite antérieure est distinguée nettement de l'uréthrite postérieure. Le traitement est étudié avec beaucoup de soin.

Les complications propres au sexe masculin sont la balanite. les folliculites et abcès ; les cowpérites, les prostatites, les épididymites. Peut-être la cystite et la néphrite, malgré leur rareté chez la femme, auraient-elles pu trouver place dans les complications communes aux deux sexes. A propos des complications propres au sexe masculin, M. Finger prend parti pour les partisans de l'infection mixte. Il y a en effet ici deux opi-

nions en présence. Pour certains auteurs, le gonocoque est à lui seul cause de tout le mal. Pour d'autres, les micro-organismes de la suppuration se cultivent volontiers sur le terrain qu'a préparé le microbe de Neisser. Les complications suppuratives, surtout, résultent ainsi d'une infection mixte.

Il en est de même chez la femme où, après l'uréthrite (trop souvent oubliée d'après M. Finger) et la vaginite, nous voyons défiler la bartholinite, la métrite, la périmétrite et la salpingo-ovarite. Mais ces dernières complications ne sont guère qu'énumérées. Cela se conçoit, car elles ne sont plus du domaine de la pathologie vénérienne. Elles ressortissent aujourd'hui pour une bonne part à la gynécologie opératoire, c'est-à-dire à la chirurgie proprement dite.

Sous le nom de complications communes aux deux sexes, on trouvera ici l'histoire succincte du rhumatisme blennorrhagique, de l'endocardite, des exanthèmes, des ophthalmies (non inoculées), des adénites.

Tel est, avec sécheresse, le sommaire de ce livre. Nous croyons devoir ajouter que les recherches sont facilitées par des index. L'un porte les noms de tous les auteurs cités dans l'ouvrage. L'autre est une table analytique des matières. Il faut joindre à cela un index bibliographique, dont la netteté et la précision sont peut-être moins grandes. Mais cette bibliographie est au courant de la science moderne, et d'autre part elle ne craint pas les recherches historiques. Nous signalerons d'une manière spéciale le soin avec lequel M. Finger fait connaître les travaux de l'école française, tant anciens que récents (*Die Blennorrhöe der Sexualorgane und ihre Complicationen*, Leipzig et Vienne, Franz Deuticke, 1888).

2° Hypertrophie de la prostate, par M. Schlange. — Description de trois pièces du service de Bergmann. Avant l'établissement de la rigidité cadavérique, les cadavres ont été congelés et une coupe médiane du bassin a été pratiquée. Une de ces pièces est un exemple d'hypertrophie du lobe antérieur de la prostate. Dans ces trois cas, l'auteur fait voir combien sont variables la forme, la courbure et la longueur de l'urèthre dans l'hypertrophie prostatique. Il en tire des conclusions, classiques d'ailleurs, sur le mode de cathétérisme à employer, sur le choix entre les

sondes à grande ou à petite courbure, sur l'utilité de la sonde béquille. Rien sur la simple sonde en caoutchouc rouge ; sur la sonde bicoudée avec mandrin. Trois dessins démonstratifs représentent ces coupes antéro-postérieure de l'urèthre. (*Ueber Prostata-hypertrophie*, in *Arch. f. klin. Chir*. 1888, t. XXXVII, p. 769).

3° GREFFES MUQUEUSES APRÈS EXCISION DE RÉTRÉCISSEMENTS DE LA PORTION PÉRINÉALE DE L'URÈTHRE, par M. WŒLFLER (de Graz). — Dans un travail consacré à l'étude générale des greffes muqueuses par transplantation, l'auteur s'occupe de la reconstitution de l'urèthre après extirpation des rétrécissements périnéaux accompagnés de fistules. Il reste une perte de substance considérable. Wœlfler a mis alors une sonde à demeure, et pendant quelques jours a laissé s'établir des granulations de bonne nature. Puis sur les surfaces bourgeonnantes il a appliqué des lambeaux de muqueuse taillés au rasoir sur un utérus en prolapsus. Ces lambeaux sont pris comme les greffes épidermiques de Thiersch : ce sont de minces lames, larges de 1 à 2 centimètres et longues de plusieurs centimètres. Les petits fragments ne se greffent pas. Il est inutile de suturer ces lambeaux de muqueuse. Les résultats sont bons et le canal a bien moins de tendance à la rétraction ultérieure (*Ueber die Technik und den Werth von Schleimhautübertragungen*, in *Arch. f. klin. Chir*. 1888, t. XXXVII, p. 709).

4° TUBERCULOSE DU PÉNIS, par M. KRASKE. — Étude de deux observations : 1° tuberculose de l'urèthre chez un homme de 40 ans, mort de tuberculose génito-urinaire ; 2° tuberculose du gland chez un homme non tuberculeux d'ailleurs ; amputation du gland. L'enquête sur l'inoculation par coït n'a fourni aucun résultat. Englisch a vu récemment un cas de ce genre sur un individu déjà tuberculeux (61° *Réun. des nat. et méd. allem.* Cologne, 1888, *Compte rendu* in *Centr. f. Chir*. 1888, p. 889).

5° DE LA NÉPHRECTOMIE, par M. JULIUS SCHMIDT (de Cologne). — Dans ces 9 dernières années, Bardenheuer a fait 35 néphrectomies, sur 17 hommes et 18 femmes, âgés de 3 ans à 57 ans : 7 pour tuberculose, 7 pour abcès, 4 pour pyonéphrose, 5 pour pyélite, 1 pour rein kystique, 3 pour vraie et 1 pour fausse hydronéphrose, 1 tumeur bénigne et 3 malignes, 3 ablations

du rein sain à cause d'une blessure de l'uretère pendant l'hystérectomie. 33 fois, le diagnostic ayant été posé à l'avance, l'opération a été faite par la voie lombaire. 2 fois, par suite d'erreur de diagnostic, l'opération a été transpéritonéale; la capsule a été suturée à la peau. De ces 35 opérés, 8 sont morts de l'intervention; 2 sont morts plus tard.

Deux néphrotomies (1 hydronéphrose traumatique aiguë et 1 pyonéphrose) ont fourni 2 décès.

L'auteur conclut donc en faveur de la néphrectomie.

Dans la discussion, *Sprengel* relate l'opération d'un enfant de 3 mois auquel il a enlevé un rein pour une hydronéphrose énorme (prise pour une tumeur solide). — Guérison.

Krænlein n'admet la néphrectomie pour hydronéphrose que si l'on est sûr de l'état normal de l'autre rein. Dans les cas douteux, il faut pratiquer la néphrotomie (61e *Réun. des natur. et méd. allemands*, à Cologne, 1888. *Compte rendu* in *Centr. f. Chir.*, 1888, p. 887.)

6° Résection partielle de la symphyse pubienne pour aborder la vessie, par M. Helferich (de Greifswald). — La vessie étant cachée derrière la symphyse, la taille hypogastrique ne permet d'aborder les régions du bas-fond qu'en plongeant d'une manière incommode. Cela serait évité si l'on abattait ce mur osseux gênant. Il ne saurait être question ici de résection sous-périostée. La résection totale compromettrait trop le mécanisme du bassin. Mais on se donne bien assez de jour en supprimant la moitié supérieure de la symphyse. Pour cela, on fait une incision horizontale, allant d'une épine pubienne à l'autre; on isole au bistouri les faces antérieure et postérieure de la symphyse, en conservant le périoste vers les parties latérales. D'un coup de ciseau vertical on libère ces parties latérales, sans avoir besoin d'entrer dans le trou obturateur. On achève par un coup de ciseau perpendiculaire à la symphyse; un doigt est pendant ce temps maintenu derrière la symphyse, dans la crainte que, dans une échappée, le ciseau n'aille léser la vessie. On a ainsi une large fenêtre, par laquelle on peut décoller et relever le péritoine jusqu'au sommet de la vessie; par laquelle on aborde directement le bas-fond. Helferich a d'abord fait cette résection pour une carie pubienne, et le résultat a été bon. Il l'a alors appliquée

à un cas de tumeur de la vessie; il a pu sans peine enlever le néoplasme, suturer cette perte de substance, puis suturer la paroi vésicale antérieure. La suture a réussi, sans sonde à demeure. Le bassin n'a nullement été compromis dans sa solidité. La cicatrice ne s'est pas éventrée. Dans ce cas, une incision longitudinale de la partie inférieure de la ligne blanche tombait en ⊥ sur l'incision horizontale. L'incision horizontale seule (à laquelle Helferich a recours pour la taille hypogastrique) a été employée dans un cas de résection du lobe moyen de la prostate; cette fois, le sujet, déjà atteint de lésions graves, a succombé en 8 jours (*Arch. f. klin. Chir.* 1888, t. XXXVII, p. 625. Cf. l'analyse du travail de Niehans dans le précédent n° des *Annales*).

7° Sur la taille hypogastrique, par M. K. Eigenbrodt. — L'auteur est un élève de Trendelenburg, dont il nous fait connaître la pratique actuelle. Le chirurgien de Bonn ajoute à l'angle inférieur de l'incision médiane une incision horizontale, symétrique; il persiste à combattre la distension de la vessie et le ballonnement rectal. Il est toujours facile de relever le péritoine : une fois la couche périvésicale aperçue, on introduit l'index et le médius gauches dans la plaie, le dos de l'ongle contre la symphyse et les doigts recourbés en crochet protègent la séreuse réclinée. On incise la vessie sans la fixer; si elle est vide, cependant (la taille ayant été faite auparavant), on la saisit avec deux pinces, entre lesquelles on la ponctionne. Pas de suture complète; drainage par un tube en T pendant une à deux semaines. Trendelenburg a renoncé au décubitus abdominal; il conseille le décubitus latéral, en faisant changer de côté de temps à autre. Il a encore recours, pour inspecter la vessie, à la position qui consiste à mettre le malade, tête pendante, devant une fenêtre, sur le dos d'un infirmier. Il use pourtant, le plus souvent, d'un spéculum électrique. Au total, 38 opérations, dont 19 pour calcul, 15 pour lésions de la paroi, 4 pour cathétérisme rétrograde; 7 morts, mais toutes dues à des complications préexistantes. Trendelenburg est opposé à l'exploration périnéale de Thompson pour les tumeurs de la vessie; il insiste sur la fréquence, souvent méconnue, de la tuberculose vésicale. Deux fois, opérant pour un calcul, il a enlevé le lobe moyen de la prostate; une

fois le résultat a été nul et une fois passable (*Ueber den hohen Blasenschnitt*, in *Deutsche Zeitsch. f. Chir.* t. XXXVIII, p. 61).

8° Remplacement de la vessie, par MM. Tizzoni et Faggi. — Après les échecs de Th. Gluck et A. Zeller, après le succès insuffisant de Bardenhener, Novaro a réussi à extirper la vessie d'un chien après abouchement des uretères dans la vessie. Tizzoni et Zeller ont eu l'idée de refaire une vessie occupant la place de la vessie enlevée. Opérant sur une chienne, en plusieurs séances, ils ont réussi à aboucher les uretères dans une anse d'intestin grêle d'abord isolée, fermée à un bout par la suture et suturée par l'autre au col de la vessie. La chienne vit depuis 2 mois en fort bon état et n'a pas d'incontinence (*Die Wiederherstellung der Harnblase*, in *Centralbl. f. Chir.* 1888, p. 921).

9° Le rôle du phimosis dans l'étiologie des hernies, par M. G. Englisch. — Friedberg, Schmid, Kemps, Osborn admettent que les hernies ont une fréquence toute spéciale chez les enfants affectés de phimosis. Ils pensent que cela est dû aux troubles de la miction engendrée par l'étroitesse préputiale. Il en résulte des efforts, et de là les hernies. Un argument important est tiré par les auteurs du résultat fourni par le traitement du phimosis : après la circoncision il n'est à l'ordinaire plus question de la hernie.

En 1886, Wittelshefer (de Vienne) s'est élevé contre cette manière de voir. Il conteste la fréquence de la coexistence ; il conteste aussi les efforts de mictions dus au phimosis. La miction est fréquente, s'arrête dès les premières gouttes, dès que l'urine vient au contact de la peau préputiale enflammée, mais la miction n'est pas pénible.

Englisch est à peu près du même avis. Il pense d'abord que les statistiques des auteurs précédemment cités ne sont pas comparables ; qu'il y est fait mention insuffisante et inconstante de l'âge des sujets, et surtout du degré exact du phimosis. Or chacun sait que le phimosis vulgaire, sans étroitesse, par simple excès de longueur, laisse la miction s'exécuter sans entrave. Quant au rôle du phimosis empêchant le gland d'être jamais découvert, il est encore restreint. Ce phimosis est à peu

près le seul qui persiste passé la première enfance, le phimosis simple se guérissant de lui-même. Le sujet vient se faire opérer soit au moment de ses débuts dans l'amour ; soit, plus vieux, lorsqu'une sclérose sénile a rendu trop étroit un prépuce jusque là suffisamment large. Englisch admet, avec Gunther, la possibilité du phimosis dû à la sclérose d'un prépuce normal. Mais il pense que le plus souvent il s'agit de l'exagération d'un phimosis léger. Or, passé l'enfance, la coexistence de phimosis et de hernies, loin de s'accroître, diminue considérablement. En somme, le phimosis, s'il a ici un rôle étiologique, n'a qu'un rôle tout à fait accessoire. Quant à la dysurie par phimosis, Englisch l'explique par un rétrécissement concomitant du méat ; à lui seul, le prépuce ne saurait la causer.

En résumé donc, la vraie cause de ces hernies est la persistance anormale d'un diverticule péritonéal, constituant un sac préformé. De là les hernies ombilicales, et surtout inguinales. Peut-être la coexistence fréquente, indiscutable chez l'enfant (et surtout la fréquence des hernies inguinales bilatérales), s'explique-t-elle par des anomalies péritonéo-vaginales accompagnant celles du prépuce.

A. Broca.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

I° Société de chirurgie.

Taille hypogastrique pour cathétérisme rétrograde, par le docteur Defontaine (du Creuzot) (*Séance du 14 novembre 1888*). — M. Terrier présente un rapport sur cette observation, dans laquelle il s'agit d'un jeune garçon de 14 ans, qui s'était rupturé l'urèthre dans une chute à califourchon quatre années auparavant. M. Defontaine fit l'uréthrotomie externe sans conducteur et, la recherche, au bout de plusieurs heures, du bout postérieur étant restée vaine, il eut recours à la taille hypogastrique qui permit de procéder au cathétérisme rétrograde. Les tissus de la ré-

gion périnéale étaient tellement indurés qu'il a fallu creuser au milieu d'eux un nouveau canal, pour pouvoir rétablir la continuité de l'urèthre. Celui-ci refait, M. Defontaine a substitué aux sondes usitées en pareil cas un long tube en caoutchouc rouge, pénétrant par l'urèthre, ressortant par la plaie vésicale, et dont le segment intra-vésical était perforé de nombreux trous. Ce tube qui donnait facilement issue à l'urine, et qui ne s'est jamais obstrué, est resté un mois en place sans inconvénient. La guérison s'est bien effectuée, tout en nécessitant un cathétérisme quotidien qui a dû être prolongé.

Cette observation présente plusieurs points à noter :

1° L'ouverture de la vessie a eu lieu sans l'emploi du ballon de Petersen; il est vrai que, dans ce cas, elle contenait de l'urine et formait une notable saillie;

2° Sans parler de la difficulté de découvrir le bout postérieur, la nécessité de refaire un canal au milieu de tissus indurés et à une grande profondeur s'imposait. M. Defontaine discute le mode de réparation de ce trajet canaliculaire, quelle est sa nouvelle structure, quels sont les différents éléments fibreux et épithéliaux dont il est possible de supposer l'existence;

3° Imitant la conduite de quelques chirurgiens, de M. Demons en particulier, M. Defontaine s'est servi très avantageusement d'un tube de caoutchouc, mesurant un mètre de longueur, et du calibre n° 20 (Charrière); sa portion intra-vésicale était perforée au thermocautère, dans une étendue de 10 centimètres, d'une trentaine d'orifices disposés très régulièrement les uns près des autres en quatre rangées parallèles. Le tube de Defontaine était mieux apte à assurer l'écoulement de l'urine sans crainte d'infiltration et sans qu'il ait été nécessaire de le retirer pour le désobstruer, comme on est souvent forcé de le faire avec les sondes ordinaires à demeure.

M. Trélat trouve que le procédé que M. Defontaine a mis en pratique n'est pas nouveau, et il lui semble même inutile de rappeler qu'on y a eu souvent recours. Les quelques modifications qui y ont été rapportées peuvent être mentionnées, sans qu'il soit nécessaire d'appeler ce tube : tube de Defontaine.

M. Tillaux rappelle que, dans une observation publiée par lui il y a deux ans, au sujet d'un cathétérisme rétrograde, il a insisté, après Demons, sur l'utilité d'employer en pareil cas un

long tube de caoutchouc. Il s'en était fort bien trouvé, et dernièrement, amené à pratiquer une taille sus-pubienne dans les mêmes circonstances, il s'en est de nouveau très heureusement servi. Seulement, comme pour la première fois, il a pris la précaution de faire sur ce tube deux larges ouvertures au niveau du point où il plonge dans la vessie. En ayant soin de prendre un long tube, on peut facilement le faire manœuvrer dans le trajet qu'il occupe, et, s'il vient à s'engorger, le nettoyer très aisément.

M. Anger a eu l'occasion, il y a quelque temps, de traiter un jeune garçon de 12 ans pour une rupture complète de l'urèthre. Après avoir échoué dans la découverte du bout postérieur, il a pratiqué la taille hypogastrique et, la vessie une fois ouverte, il a été à la recherche de l'orifice uréthral. M. Anger ne parvint pas à voir ce dernier et fut forcé, après des tentatives assez longues, de creuser un canal au moyen d'une sonde. Le cours de l'urine s'est rétabli, et actuellement le malade peut uriner, avec quelque difficulté il est vrai. Ce fait prouve combien il est parfois difficile de découvrir l'orifice vésical de l'urèthre chez les enfants; aussi doit-on hésiter à les tailler en pareil cas.

M. Terrier répond à MM. Trélat et Tillaux que M. Defontaine n'a pas eu la prétention d'inventer un tube uréthro-hypogastrique, qui existait avant lui, mais seulement de lui faire subir certaines modifications propres à mieux assurer son fonctionnement. Quant au fait de M. Anger, il ne présente que peu de rapports avec la question primitivement soulevée. Cependant, bien qu'il n'ait pas pratiqué de cystotomie sus-pubienne chez les enfants, M. Terrier croit qu'en pareille circonstance il ne reculerait pas devant l'ouverture de la vessie, fermement convaincu que la recherche de l'orifice uréthral ne resterait pas infructueuse.

M. Tillaux estime que, quand la vessie est ouverte, il n'est pas nécessaire, ainsi que l'a fait M. Anger, de chercher à voir l'orifice uréthral. Chez l'adulte, il n'a jamais eu besoin, pour pénétrer dans le canal, d'apercevoir cet orifice; il lui suffit de le sentir avec le doigt qui sert alors de conducteur, et il ne croit pas que, les données anatomiques pouvant guider sûrement, l'on doive en appeler à un autre sens qu'au toucher.

II° Société clinique.

1° Prolapsus de la muqueuse uréthrale chez une petite fille; opération, par les docteurs Morand et Richard (de Pithiviers) (*Séance du 25 octobre* 1888). — Une petite fille, âgée de 10 ans, présentait aux parties génitales une tumeur de couleur rouge vif, framboisé, de consistance molle, saignant au moindre contact; longue de 4 centimètres, elle faisait saillie entre les petites lèvres et rappelait par sa forme le col de l'utérus, car son extrémité inférieure présentait un étroit orifice. L'introduction d'une sonde étant très douloureuse, on fait uriner l'enfant, et le liquide sort par l'orifice de la tumeur. Le méat étant complètement entouré, ce n'était ni une caroncule irritable, ni un polype, ni un angiome veineux : c'était ce que les auteurs appellent une tumeur hypertrophique de la muqueuse uréthrale; ce que Gaillard Thomas nomme prolifération du tissu conjonctif de la muqueuse.

L'époque d'apparition de cette tumeur ne pouvait être déterminée. L'enfant, depuis un certain temps, avait des mictions difficiles et douloureuses; elle ressentait de vives cuissons, perdait du sang au moindre tiraillement, avait un peu de leucorrhée. Enfin, elle urinait sur ses talons.

L'opération, acceptée par les parents, est pratiquée séance tenante. L'enfant n'est pas anesthésiée. Après l'introduction facile, mais douloureuse, d'une sonde de petit calibre, destinée à rester en place et à guider une aiguille courbe, la tumeur est attirée en bas à l'aide d'une pince à griffes, et traversée à sa base par un fil de soie double. Deux ligatures très serrées comprennent alors chacune une moitié de l'urèthre. Au bout de peu de jours, la chute de la partie mortifiée eut lieu, et l'enfant fut guérie rapidement sans rétrécissement du méat.

Ce procédé opératoire, indiqué par Gaillard Thomas, est facile et préférable à l'excision, qui eût amené un certain degré de rétrécissement consécutif et qui eût donné sûrement une hémorrhagie avec une tumeur si facilement saignante.

2° Du prolapsus de la muqueuse de l'urèthre par l'orifice du méat chez la femme, par le docteur Francis Villar, ancien

interne des hôpitaux (*Séance du* 8 *novembre* 1888). — Ce travail d'ensemble très complet, provoqué par la communication précédente, commence par établir nettement qu'il existe un prolapsus idiopathique, c'est-à-dire une simple hernie de la muqueuse uréthrale indépendante de toute autre lésion de cette membrane. L'auteur appuie cette assertion sur des preuves : 1° anatomiques (laxité de la muqueuse de l'urèthre indiquée par MM. Sappey et Tillaux, expériences cadavériques personnelles) ; 2° anatomo-pathologiques (autopsies de Morgagni) ; 3° cliniques (observations anciennes de Séguin, de Sernin, de Guersant, de Tavignot, de Colombat, de Patron, et faits plus récents de Courty, de Roser, de Rizzoli (de Bologne), de Blum, de Gaillard Thomas, de De Sinety)...

Au point de vue étiologique, M. Villar admet que cette affection se rencontre le plus habituellement dans le jeune âge, surtout entre 10 et 12 ans, mais qu'on peut l'observer à un âge plus avancé et même dans la vieillesse. Presque toujours elle coïncide avec un état de faiblesse générale, de débilitation par une maladie aiguë ou chronique. La dysurie, qui semble être un effet plutôt qu'une cause du prolapsus, peut cependant déterminer le glissement de la muqueuse uréthrale par les efforts répétés qu'elle exige de la part de la malade. Quand le prolapsus est symptomatique, il est ordinairement causé par la présence d'un calcul engagé dans le canal, ou plus souvent d'une tumeur ou de l'hypertrophie qui entraînent la muqueuse au dehors. Notons encore l'influence de la masturbation et du coït uréthral, et celle plus problématique des coups ou chutes et des accouchements.

Passant à l'examen des symptômes, l'auteur les décrit minutieusement, en s'étendant en particulier sur chacun de ceux qui ont été signalés dans l'observation précédente de MM. Morand et Richard.

Quant au traitement, au début on peut tenter la réduction par des applications astringentes et froides, des cautérisations, le cathétérisme répété, la sonde à demeure. Plus tard, on a le choix entre trois méthodes opératoires : 1° l'excision des parties prolabées avec des ciseaux courbes, qui peut être combinée avec la cautérisation ; elle ne détermine jamais de rétrécissements consécutifs ; 2° la ligature simple de la tumeur muqueuse

sur une sonde préalablement introduite dans l'urèthre (Seguin); 3° la double ligature de soie (Tavignot, Gaillard Thomas). Ce dernier chirurgien dit qu'il est préférable d'enserrer avec le fil galvano-caustique la muqueuse attirée en bas. On peut laisser une sonde à demeure dans la vessie pendant quelques jours, si cela est nécessaire.

Enfin M. Villar termine son intéressant travail par une étude très complète du diagnostic. Il envisage d'abord celui de la vessie herniée à travers l'urèthre, puis il passe à celui du prolapsus uréthral proprement dit. Ce dernier se fait : 1° par la vue qui révèle l'existence d'une tumeur faisant pour ainsi dire partie du méat, de sorte qu'il est impossible d'introduire un stylet entre elle et le méat lui-même; en outre, au centre de la tumeur se trouve un orifice, l'orifice du canal, par lequel s'écoule l'urine et peut pénétrer une sonde jusque dans la vessie; c'est là le signe véritablement pathognomonique de l'affection; 2° par le toucher qui dénote la réductibilité de la tumeur, et par le stylet, comme nous venons de le dire. Celui-ci, dans le cas de hernie vésicale, de kystes, de polypes, peut contourner la tumeur, et non pénétrer par son orifice central.

III° Société de médecine de Paris.

Phlegmon périprostatique; foyer anormal de suppuration, par le docteur E. Desnos (*Séance du* 13 *octobre* 1888). — Un homme de 27 ans, d'apparence peu robuste, ne présentant cependant aucun antécédent morbide ni héréditaire ni personnel, a eu une première blennorrhagie à l'âge de 18 ans, et une seconde deux ans après. Celle-ci, après avoir persisté à l'état aigu pendant plusieurs mois, a diminué graduellement sans disparaître tout à fait. L'écoulement revenait après chaque coït; à plusieurs reprises, il y a eu des mictions fréquentes et douloureuses, une gêne vague à la région périnéale, un écoulement de matières blanchâtres après les efforts de la défécation. M. le professeur Guyon, consulté à ce moment, porte le diagnostic de prostatite chronique. Pendant cinq ans, aucun traitement n'est suivi et tous les phénomènes observés continuent sans modification : cependant, depuis deux ans environ, les mictions sont devenues plus lentes, plus difficiles et plus cuisantes.

Après plusieurs mois de continence à la suite d'une fièvre typhoïde, un coït est suivi de douleurs périnéales constantes et assez vives, surtout pendant la miction et après la défécation.

L'examen du malade, pratiqué quelques jours après, montre que les épididymes et les cordons sont sains et non douloureux; la pression de la région hypogastrique est légèrement sensible. Dans l'urèthre on constate un premier rétrécissement dans la traversée scrotale, admettant une bougie n° 13, et un deuxième plus serré à la région bulbaire ne laissant passer qu'un n° 8; la boule exploratrice éveille une vive douleur dans l'urèthre prostatique. Par le toucher rectal, on trouve la prostate augmentée de volume, inégale et un peu bosselée, surtout à droite; la pression en ce point est douloureuse, mais ne provoque pas l'issue du liquide blanchâtre qui a d'ailleurs disparu spontanément depuis longtemps. Les vésicules sont saines, cependant leurs parois, de même que le bas-fond vésical, semblent légèrement rénitentes et un peu épaissies. Rien du côté des reins ni des uretères.

Quelques tentatives de dilatation avec les bougies n°s 8, 9 et 10 ayant déterminé des accès de fièvre avec poussées inflammatoires du côté de la prostate et du col vésical (que diminuèrent d'ailleurs des lavements et des compresses d'eau très chaude), on fait l'uréthrotomie interne; au bout de six heures, des douleurs périnéales et uréthrales absolument intolérables obligent à enlever la sonde. Le soir, le thermomètre monte à 40°.

Les jours suivants, une prostatite aiguë se développe avec tous ses symptômes habituels, mais sans frisson; il faut noter que le malade accuse à ce moment une légère douleur au-dessus de la région inguinale. Dix sangsues au périnée et des lavements très chauds amendèrent quelque peu les symptômes locaux du côté de la prostate. Mais bientôt, en même temps qu'apparaissait un premier frisson, la douleur et l'empâtement dans la région inguinale augmentaient notablement; la fluctuation ne tarda pas à y devenir très nette.

Une incision de 10 centimètres au-dessus de l'arcade donna issue à plus d'un verre de pus, collecté sous l'aponévrose du grand oblique. La plaie et la cavité furent fortement phéniquées et convenablement drainées; le lendemain la température tombait à 37°,5. La cicatrisation était complète le dix-septième jour.

La résolution de l'inflammation périprostatique suivit son cours régulier : peu à peu l'empâtement périphérique diminua, et la glande présenta de nouveau sa forme et son aspect normaux. Un mois environ après l'opération, les parois rectales manquaient encore de souplesse; la pression ne provoquait aucune douleur; les mictions étaient encore un peu douloureuses, surtout quand le malade était resté longtemps assis, qu'il était constipé ou qu'il s'exposait à une cause congestive quelconque. Ce n'est que quatre mois et demi après l'uréthrotomie que fut commencée la dilatation progressive, laquelle fut régulièrement conduite jusqu'à la bougie n° 23. A ce moment, la prostate était absolument normale, peut-être un peu plus petite et un peu plus dure; les tissus périprostatiques étaient sains.

En terminant son observation, M. Desnos cherche à établir la pathogénie des accidents auxquels il a assisté. En raison de la non-suppuration de la prostate et des tissus périphériques, en raison d'autre part de la douleur inguinale, accusée au début par le malade et suivie bientôt du gonflement de la région, l'auteur tend à admettre que le système lymphatique a joué ici le principal rôle, un groupe de vaisseaux lymphatiques de la prostate se rendant à un ganglion situé entre le trou sous-pubien et la partie correspondante du détroit supérieur.

IV° Société nationale de médecine de Lyon.

De la blennorrhagie chez la femme, par le docteur Eraud (*Séance du 19 novembre 1888*). — C'est la deuxième partie ou partie clinique du travail de l'auteur, intitulé : *De quelques nouvelles recherches sur la blennorrhagie de la femme*, dont il a lu la première, ou partie micrographique, dans la séance du 16 juillet dernier. (Voy. le n° d'octobre 1888 des *Annales*, p. 698.)

Chez la femme atteinte de blennorrhagie, M. Eraud a noté l'absence à peu près complète et constante de la cystite vraie et de l'albuminurie.

Quant à la métrite gonococcienne, il en distingue trois degrés ou variétés : 1° métrite *hyperhémique*, caractérisée par de la rougeur et de la congestion du col, de courte durée (trois septénaires au plus), car le gonocoque semble disparaître sponta-

nément dans cette variété très rare; 2° métrite, de beaucoup la plus fréquente, qu'on pourrait appeler *ulcéreuse* en raison de l'ulcération qui occupe les deux lèvres du col, la postérieure surtout; enfin 3° métrite *hypertrophique*, très probablement consécutive à la précédente, à longue échéance, et qui paraît être un résultat hybride de la blennorrhagie et de traumatismes utérins, tels que grossesses, fausses couches, etc. — L'auteur a vu, chez le même sujet, durant le cours de la blennorrhagie, les gonocoques abonder sur le col utérin, quand ils se faisaient rares dans l'urèthre, et réciproquement tour à tour.

Enfin, vu le peu de modifications de l'écoulement et le peu d'action produite sur le gonocoque par les traitements classiques, M. Eraud a essayé le raclage du col utérin et même celui de l'urèthre avec la curette de Volkmann, raclage suivi d'injections et de lavages parasiticides. De cette façon, les résultats ont été très avantageux du côté de l'utérus, mais fort médiocres du côté de l'urèthre.

M. Diday félicite M. Eraud de sa communication, que tous ont écoutée avec intérêt et dont chacun pourra tirer profit. Mais n'est-ce pas montrer bien peu d'exigence que d'obtenir en quatre mois la guérison d'une maladie qui ne dure généralement pas davantage?

C'est avec satisfaction que M. Diday voit placer en première ligne le nitrate d'argent dans le traitement parasiticide de la blennorrhagie : lui-même n'a jamais cessé d'employer cet agent, et toujours avec des succès constants. Par contre, il s'étonne d'entendre nier les bons résultats du copahu. Ce médicament soulage d'abord la femme, et, puisqu'il guérit l'homme, pourquoi n'aurait-il pas la même efficacité dans l'autre sexe?

Enfin, M. Diday espère qu'avec la découverte du gonocoque vont disparaître les mots surannés de métastase et de sympathie : la blennorrhagie alterne s'expliquera par le transport des microbes.

M. Ollier demande à M. Eraud si le balancement, dont-il a parlé, entre la présence des microbes dans l'urèthre et leur localisation dans le col constitue un fait purement accidentel ou une loi contsante. Ce balancement trouve-t-il son explication dans le trajet des lymphatiques? Les vaisseaux de l'urèthre et du col sont-ils en connexion?

En outre, M. Eraud a-t-il étudié la marche du gonocoque? Comment disparaît-il? Si les microbes de la blennorrhagie vivent dans le tissu sous-muqueux, comment expliquer l'action destructive du nitrate d'argent? Il est probable que cette substance ne tue pas le parasite, mais modifie le terrain où il vit.

M. Poulet a vu, cette année même, trois jeunes femmes nouvellement mariées, sans passé génital, chez lesquelles il a constaté une métrite blennorrhagique du corps avec paramétrite, et peut-être salpingite. Il est heureux de constater que le raclage utérin est entré dans la pratique courante et ne soulève plus aujourd'hui aucune objection.

M. Delore fait remarquer que le balancement dont a parlé M. Eraud s'explique de lui-même; la blennorrhagie ne présente-t-elle pas dans son cours une série successive d'amendements et de recrudescences? Invoquer les connexions vasculaires est bien problématique. Il reconnaît les bons effets du nitrate d'argent, mais il s'étonne que M. Eraud n'ait pas essayé le nitrate acide de mercure.

M. Eraud répond qu'il n'a employé le raclage du col utérin que chez les femmes atteintes de blennorrhagie depuis quatre à cinq mois, et chez lesquelles toutes les autres médications avaient échoué. Son intervention a toujours été couronnée de succès et suivie de la disparition des gonocoques. Pour l'urèthre, le raclage est moins efficace; tandis que dans le col on peut, avec la curette, mettre à nu le tissu sain, il n'en est pas de même pour le canal, où la moindre atteinte à la muqueuse détermine une hémorrhagie.

Il pose en principe que, sans le secours du microscope, la médecine ne peut pas affirmer l'existence d'une blennorrhagie. Pour lui, il croit que cette affection est très tenace, si tant est qu'elle guérisse. Sous l'influence d'un simple excès de boisson, il a vu des blennorrhagies se réveiller après deux ans de pseudo-guérison. On ne pouvait incriminer une nouvelle contagion, puisque le microscope permet de dire si l'écoulement est de date ancienne ou récente.

Une dizaine de fois, il a noté le balancement des localisations uréthrales et utérines de la blennorrhagie : il ne peut dire si c'est là une simple coïncidence ou un fait constant. Il l'a attribué aux communications lymphatiques qui doivent nécessai-

rement exister entre ces deux régions, étant donné que pour les vaisseaux sanguins ces connexions ont déjà été démontrées.

Il reconnaît au copahu le pouvoir de calmer les douleurs et de diminuer l'écoulement, mais il lui refuse toute action sur les gonocoques.

Enfin, il n'admet pas la paramétrite blennorrhagique.

V° Premier congrès des médecins et chirurgiens américains.

(*Tenu à Washington du* 17 *au* 20 *septembre* 1888.)

1° PYOHÉMIE CONSÉCUTIVE A UNE URÉTHRITE BLENNORRHAGIQUE, par M. ROSWELL PARK (de Buffalo). — Il s'agit d'un malade ayant contracté une uréthrite blennorrhagique un mois avant son entrée à l'hôpital. Au bout de quinze jours, l'écoulement s'arrêta, mais le genou gauche commença à se tuméfier et à devenir fluctuant; le genou droit était moins atteint. L'état général du malade étant devenu rapidement grave et nettement typhoïde, on ponctionna le genou à cause de sa surdistension et on retira de la cavité articulaire un liquide séreux, légèrement louche. Bientôt, les phénomènes typhoïdes s'accentuèrent et le malade succomba. A l'autopsie, on trouva du pus dans plusieurs articulations, un gonflement des ganglions mésentériques, etc.

Ce cas remontant à un certain nombre d'années déjà, il est impossible de dire si c'était un cas d'uréthrite spécifique due aux gonocoques de Neisers.

M. KEYES (de New-York) n'a jamais observé un seul cas de blennorrhagie pyohémique. Il est bien connu que, dans un urèthre déjà malade, des causes non infectieuses peuvent susciter une uréthrite suppurée, et dans cette dernière condition il peut se développer une infection pyohémique; mais ce n'est jamais là une blennorrhagie pyohémique.

2° DE LA CONTAGIOSITÉ DE LA BLENNORRHAGIE, par MM. BRYSON et BURNETT (de Saint-Louis). — La conclusion de ce travail est que le gonocoque de Neisser est le facteur étiologique essentiel des blennorrhagies contagieuses. Toutes les fois que la maladie n'était pas infectieuse, ils ont laissé leurs malades libres de se marier et les femmes de ces blennorrhagiens sont

restées saines. Le contraire a eu lieu, quand les hommes atteints de blennorrhagie avec gonocoque spécifique se sont mariés malgré l'avis du médecin traitant.

MM. Taylor et Sturgis (de New-York) ne croient pas que le gonococcus de Neisser soit la cause essentielle de la blennorrhagie contagieuse.

M. Keyes pose en principe que, s'il n'y a pas de gonocoques, il n'y a pas de contagion possible. Néanmoins, il est prouvé que les gonocoques peuvent se trouver dans l'écoulement d'un blennorrhagien, sans qu'il y ait forcément contamination de l'autre copulateur.

3° Rapport entre la masturbation et le rétrécissement de l'urèthre, par M. Samuel Gross (de Philadelphie). — En 1877, l'auteur a déjà publié un travail sur ce sujet : depuis lors, il a recueilli quelques nouveaux détails statistiques sur la fréquence du rétrécissement de l'urèthre chez les masturbateurs.

Sur 331 de ces derniers, 291 (soit environ 88 p. 100)étaient atteints de rétrécissement. Ces 331 n'avaient eu ni blennorrhagie, ni blessure du périnée. En règle générale, le rétrécissement était unique et situé à peu de distance du méat.

M. Weir (de New-York), dans des recherches faites par lui en 1879, a trouvé que ces coarctations de l'urèthre étaient assez fréquentes chez des personnes qui n'ont pas eu de maladie vénérienne : il les a même trouvées chez les nouveau-nés. Les idées de M. Samuel Gross ne doivent donc pas être admises, parce que ces rétrécissements peuvent se trouver dans des urèthres à développement normal.

4° Création d'une fistule hypogastrique dans l'obstruction prostatique, par le docteur Mac Guire (de Richmond). — L'orateur rapporte deux cas qui lui sont personnels. Dans le premier, il s'agissait d'un médecin, âgé de 65 ans, ayant la pierre et une rétention complète de l'urine de cause prostatique, avec cystite purulente et douloureuse. La cystotomie sus-pubienne fut pratiquée et, après avec eu un instant l'idée d'enlever le lobe moyen de la prostate, on se contenta de laisser en partie ouverte la plaie hypogastrique, de façon à créer une fistule permanente.

Le second cas est celui d'un homme de 69 ans, souffrant

d'une hypertrophie prostatique depuis douze ans et ne pouvant plus uriner sans sonde depuis trois ans. Les difficultés du cathétérisme devinrent bientôt telles qu'il fallait parfois deux heures pour introduire la sonde. Les souffrances étaient terribles et donnèrent souvent au malade des idées de suicide. On tenta de faire diminuer le volume de la prostate, mais sans succès. C'est alors qu'on se décida à la même intervention chirurgicale que dans le cas précédent.

Le résultat immédiat des deux opérations de M. Mac Guire fut la suppression définitive et, pour ainsi dire, instantanée de la douleur. Chez ces deux opérés, le trajet fistuleux, long de 6 centimètres environ, est fermé à l'état passif par la pression des parties. Quand la vessie est assez remplie pour provoquer le besoin d'uriner (toutes les 3 ou 4 heures dans le jour, toutes les 5 ou 6 heures la nuit), elle se contracte et le liquide s'échappe par le passage le plus facilement perméable, c'est-à-dire par le trajet fistuleux. Les malades peuvent maintenant se livrer à leurs travaux habituels et garder ou expulser l'urine volontairement ; celle-ci, à la fin de la miction, sort même sous forme de petit jet. Une fois par semaine, le malade introduit une bougie dans le trajet fistuleux pour le maintenir perméable.

M. Mac Guire donne ensuite des détails sur le manuel des deux opérations qu'il a exécutées. C'est en somme, à peu de chose près, celui de la taille hypogastrique telle qu'on la pratique en France. Notons que le chirurgien américain se sert toujours avec grand avantage du ballon de Petersen. L'ouverture de la paroi vésicale doit être faite aussi bas que possible, très près du bord supérieur du pubis : celle de la peau doit avoir les mêmes dimensions que celle de la vessie, mais ne pas être au même niveau. Dans les premiers jours, le drainage de la vessie est établi au moyen d'une sonde en caoutchouc n° 10 ou 12, plongeant dans la cavité vésicale d'une part et dans un urinal d'autre part ; elle peut être supprimée au bout de peu de jours. Point important : il faut toujours maintenir l'urine acide pour éviter l'incrustation du trajet fistuleux par des phosphates et, dans ce but, on administre de temps en temps des limonades acidulées.

M. Gross (de Philadelphie) félicite M. Mac Guire d'avoir imaginé et exécuté si heureusement une opération véritablement nouvelle, basée sur la physiologie de la miction et différant no-

tablement de celles proposées par Mercier, Harrisson, Bacchini et Mac Gill : on arrive à créer ainsi une sorte d'urèthre artificiel dans une nouvelle position.

M. Briggs (de Nashville) préférerait, dans ce cas, la taille latérale qui permet de drainer plus facilement la vessie et après laquelle, ainsi qu'il l'a souvent remarqué, la prostate ayant été incisée diminue de volume, de sorte qu'après la guérison de la plaie une sonde peut librement être introduite là où il lui était absolument impossible de passer auparavant.

M. Harrison (de Liverpool) préfère, d'une manière générale, l'incision périnéale médiane ou latérale, suivant le cas, qui lui a toujours permis de combattre facilement l'obstruction prostatique par le drainage de la vessie et même d'enlever d'aussi volumineux calculs que par la cystotomie sus-pubienne,

M. Annandale (d'Édimbourg) partage complètement l'opinion de M. Harrison relativement au drainage et à l'examen faciles de la vessie par le périnée dans l'obstruction uréthrale de cause prostatique.

M. Durham (de Londres) dit qu'il ne faut pas être trop exclusif dans le choix d'une méthode opératoire, mais que personnellement il préfère en général l'incision périnéale à l'incision sus-pubienne. D'ailleurs, en ce qui concerne les calculs, l'opération de Bigelow lui semble devoir rendre de plus en plus rares les indications de la taille, quel qu'en soit le procédé.

M. Hingston (de Montréal) croit que la cystotomie sus-pubienne ne doit être pratiquée que dans les cas exceptionnels suivants : 1° rétrécissement infranchissable ou hypertrophie prostatique, quand ces deux affections déterminent une rétention complète de l'urine et que les moyens ordinaires ne peuvent soulager les souffrances du malade ; 2° tumeur de la vessie qui gênerait la taille latérale ; 3° pierre trop dure pour être broyée par la lithotritie ou trop grosse pour être enlevée par la taille latérale.

Sir William Mac Cormac (de Londres) a toujours trouvé la cystotomie sus-pubienne dépourvue de tout danger chaque fois qu'il l'a pratiquée. Le drainage, suivant lui, n'est pas nécessaire après cette opération, car la vessie se vide librement d'elle-même et le drain est une source d'irritation.

Dr Robert Jamin.

BIBLIOGRAPHIE

Nombreux calculs de l'urèthre consécutifs à un rétrécissement cicatriciel du méat : opération, guérison, par Sibthorpe. (*Brit. med. Journ.*, p. 349, février.) — *Des rétrécissements de l'urèthre*, par Léopold Casper. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 208 et 232, 12 et 19 mars.) — *Du spasme de l'urèthre*, par Poussox. (*Province méd.*, 18 février.) — *Manuel opératoire de l'uréthrotomie externe*, par Guyon. (*Rev. gén. de clinique.* 1er mars.) — *De l'uréthrotomie externe*, par Guyon. (*Gaz. des hôp.*, 29 mars.) — *Double uréthrotomie externe*, par Dubreuil. (*Gaz. hebd. de Montpel.*, n° 4.) — *Du rapprochement et de la suture des deux bouts, après avivement ou résection dans les ruptures traumatiques de l'urètre*, par Locquin. (*Bull. Soc. de chir.*, XIII, p. 600.) — *Traitement topique de l'urèthre et de la vessie*, par Guyon. (*Gaz. méd. de Paris*, 10 mars.) — *Traitement des rétrécissements de l'urèthre par l'électrolyse*, par Fort. (*Gaz. des hôp.*, 3 mai.) — *Extraction d'un énorme calcul de l'urèthre*, par Minich. (*Atti del l'Istit. Veneto*, disp. 1.) — *Des maladies de l'urèthre chez la femme, uréthrocèles vaginales*, par Piedpremier. (*Arch. de méd.*, avril.) — *De l'uréthrocèle vaginale*, par Brisson. (*Thèse de Paris*, 8 février.) — *Hypospadias périnéal. Présentation de malade*, par Th. Anger. (*Bull. de Soc. de chir.*, XIV, 149.) — *De l'épithélioma de l'urèthre chez la femme*, par Lahaye. (*Thèse de Paris*, 5 janvier.)

Simulation des maladies des voies urinaires, par Brik. (*Intern. klin. Rundsch.*, 43, p. 1369, 1887.) — *Quelques points de la chirurgie des voies urinaires*, par Reginald Harrison, (*Brit. med. Journ.*, p. 2 janvier.) — *De l'emploi du rhus aromaticus, dans l'incontinence nocturne d'urémie*, par Burvenich. (*Bull. Soc. méd. Gand*, n° 2.)

Relations des matières colorantes de l'urine, avec les matières ulmiques, par Udransky. (*Zeit. f. physiol. Chemie*, XII, 1 et 2.) — *Détermination de l'urée par les liqueurs titrées*, par Pfeiffer. (*Zeit. f. Biol.*, XXIV, p. 336. — *Azote de l'urée et azote total dans l'urine humaine*, par Camerer. (*Ibid.*, XXIV, p. 306.) — *Variations produites dans l'excrétion de l'acide urique, par l'administration des acides ou des alcalis*, par A. Haig. (*The Journal of Physiology*, VIII, p. 211.) — *Pathogénie des phénomènes généraux accompagnant les troubles de la sécrétion urinaire.* (*Exp. sur la cause de l'urémie*), par F. Falk. (*Berlin. klin. Woch.*, 26 mars et 2 avril.)

Tuberculose aiguë de la prostate, par Reliquet. (*Journ. de méd.*, 29 avril.) — *Abcès prostato-bulbo-périnéal, suivi de mort par phtisie aiguë et méningite tuberculeuse*, par Audin. (*Bull. Soc. anat.* 209.) — *Hypertrophie de la prostate, son traitement chirurgical*, par Mac Gill. (*Lancet*, n° 5.) — *Kyste de la prostate*, par Desnos. (*Bull. Soc. anat.*, p. 172.) — *Cancer de la prostate*, par Belfield. (*Journ. of amer. Assoc.*, p. 120, 28 janvier.)

Le Rédacteur en Chef, Gérant : Dr DELEFOSSE.

Paris. — Typ, G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 23738.

ANNALES DES MALADIES

DES

ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Février 1889.

MÉMOIRES ORIGINAUX

Hôpital Necker. — M. le professeur Guyon.

LEÇON CLINIQUE SUR LES MALADIES DES VOIES URINAIRES

recueillie et publiée par M. Albarran,
interne médaille d'or des hôpitaux.

Prostatisme vésical.

Messieurs,

Un malade que vous venez d'observer, me permet de vous dire quelques mots de cet ensemble de phénomènes cliniques que je désigne sous le nom de *prostatisme vésical.* J'ai recours à cette appellation parce que les symptômes qui caractérisent la troisième période du prostatisme sont sous la dépendance directe d'une altération du muscle vésical. Cette altération souvent consécutive à l'hypertrophie de la prostate conduit d'emblée à l'impuissance de l'organe bon nombre de malades chez lesquels n'existe aucun

obstacle mécanique à la miction. Chez les uns et les autres elle est la conséquence des lésions qui préparent les modifications séniles de l'appareil urinaire.

Les pièces anatomiques que nous vous présentons proviennent d'un homme qui, tout dernièrement, était couché au numéro 7 de la salle Civiale, et dont nous vous dirons bientôt l'histoire clinique.

Remarquez d'abord cette énorme vessie aux parois flasques et amincies, sa capacité dépasse trois litres, et cette dilatation domine en anatomie pathologique, comme la distension de l'organe est le fait saillant dans l'histoire clinique.

Examinée sur une coupe, la couche musculaire de la vessie apparaît très amincie; c'est à peine si elle forme le cinquième de l'épaisseur de la paroi, alors que, normalement, elle en représente les deux tiers. Dans cette pièce le muscle vésical apparaît au second plan, tapissé qu'il est sur sa face externe par une abondante couche de graisse, non indurée, qui entoure tout l'organe, aussi bien sous le péritoine qu'au delà de la séreuse. La muqueuse lisse, un peu épaissie, légèrement grenue, présente quelques ecchymoses au niveau du bas-fond.

Voyez maintenant la parfaite intégrité de l'urèthre, constatez que la prostate est de volume normal, qu'elle ne forme saillie ni en arrière du côté du rectum, ni en avant du côté du trigone, et vous arriverez à cette conclusion, que l'atrophie musculaire et la dilatation de la vessie ne sont pas sous la dépendance d'un obstacle mécanique. Nous sommes en présence d'un cas d'altération primitive du muscle vésical.

L'étude histologique de la vessie, faite par mon interne M. Albarran, nous donne la raison de ces faits. En regardant ce dessin, en examinant les préparations qui sont sous le microscope, on peut se rendre compte de l'atrophie considérable du muscle vésical. La couche musculaire de la vessie est non seulement diminuée d'épaisseur, mais encore

les faisceaux musculaires, séparés par des bandes de tissu scléreux, sont diminués de volume : le tissu conjonctif pénètre dans l'intérieur même des faisceaux musculaires séparant des groupes de fibres ou des fibres isolées en état d'atrophie simple, sans dégénérescence graisseuse. Ce tissu conjonctif de nouvelle formation est envahi par la graisse, surtout dans la partie la plus externe de la couche musculaire, et, par places, on voit des faisceaux musculaires atrophiés entourés de toute part par le tissu adipeux. Au-dessous du péritoine, entre la séreuse et le muscle de la vessie, existe une épaisse couche de tissu graisseux qui est en continuité avec le tissu adipeux infiltré dans la paroi. Au-dessous de la couche musculaire on voit la muqueuse atteinte de cystite transformée en tissu embryonnaire riche en capillaires.

Résumons cette description en disant que l'infiltration conjonctive et adipeuse a eu pour résultat l'atrophie musculaire, et que l'impuissance du muscle vésical a conduit à la dilatation de l'organe.

Mais les différentes parties des voies excrétoires de l'urine sont solidaires entre elles, et si toute lésion de la prostate retentit sur la vessie, les altérations du réservoir urinaire ont leur contre-coup dans les parties supérieures de l'appareil. On peut dire avec justesse que la vessie est le gardien des uretères et des reins; c'est dans le bon état de sa musculature que l'appareil urinaire supérieur trouve sa protection la plus efficace. Je ne veux point insister aujourd'hui sur ces faits importants et je me borne, en vous montrant ces pièces, à vous faire remarquer l'énorme dilatation des uretères et du bassinet, la minceur de la coque rénale qui recouvre les bassinets dilatés, les lésions suppuratives des reins. Notez en passant que, malgré la dilatation des uretères, l'orifice vésical des conduits n'est pas forcé, qu'il conserve son calibre normal : la dilatation s'est donc faite de haut en bas. M. Hallé, un de mes internes, a insisté sur ces faits.

L'impuissance primitive de la vessie survient dans l'âge du prostatisme, de 50 à 70 ans. Rentrant dans la règle, notre malade était un homme de 73 ans. Son passé urinaire était fort court : une légère hématurie il y a un an, puis, des lenteurs, des difficultés de la miction à partir du mois de décembre dernier, enfin, de l'incontinence d'urine; il s'amaigrissait, jaunissait, devenait profondément dyspeptique et perdait ses forces. Tout à coup, huit jours avant son entrée à l'hôpital, éclatent des phénomènes d'une haute gravité : hématurie abondante, perturbation absolue des fonctions digestives, prostration. Rapprochez cette brusquerie symptomatique, des lésions anatomiques lentement produites : l'appareil urinaire donnait à peine quelques signes de souffrance quand, tout à coup, une cause occasionnelle sans importance a provoqué l'explosion des accidents ultimes. Un fait saillant entre tous attirait l'attention quand on examinait le malade : la vessie distendue, énorme, formait une tumeur qui dépassait l'ombilic; son sphincter, forcé, laissait, goutte à goutte, suinter l'urine. C'est ce que je désigne, depuis longtemps, sous le nom de rétention incomplète avec distension.

C'est dans des circonstances analogues que j'ai vu des médecins confondre la tumeur formée par la vessie distendue avec une tumeur maligne de l'abdomen, et l'état cachectique, la dépression des forces du malade, rendre l'erreur compréhensible. Gardez-vous dans des cas semblables du triomphe facile : reconnaissez l'erreur, mais sachez bien que votre malade est gravement atteint; n'y touchez qu'avec de grands ménagements, gardez-vous surtout de confirmer votre diagnostic en vidant brusquement la vessie. Chez ces malades l'urèthre est facilement perméable, le cathétérisme semblerait vous donner raison et cependant vous verriez les accidents s'aggraver et souvent le malade être emporté en peu de temps.

A côté de la distension vésicale, je vous signale deux symptômes d'importance majeure ; je veux parler de la po-

lyurie et de l'hématurie. Chez notre malade, la quantité d'urine rendue dans les vingt-quatre heures dépassait quatre litres, et cette polyurie, indice de l'altération rénale, est chose habituelle chez les urinaires de cette catégorie. Rarement ils sont anuriques, ils meurent en sécrétant encore une grande quantité d'urine.

L'hématurie spontanée est beaucoup plus rare, elle peut être abondante. Chez notre malade, plus de la moitié du liquide rendu était formé par du sang; l'hématurie avait débuté huit jours avant l'entrée du malade dans la salle, elle se prolongea, avec les mêmes caractères d'abondance et de spontanéité, jusqu'à deux jours avant la mort, ayant présenté une durée totale de 16 jours.

L'abondance, la continuité de l'hématurie, avait fait penser mes internes à un néoplasme vésical; mais pour que l'hématurie acquière une importance diagnostique réelle, pour qu'elle indique à elle seule une néoplasie, il faut que ce symptôme existe isolément, à l'exclusion de tout autre phénomène. Dans le cas particulier, la distension de la vessie s'ajoutait à l'hématurie et par cela même lui donnait une tout autre signification

La distension extrême de la vessie n'existe pas sans une grande congestion; souvent dans ces vessies on voit la muqueuse marbrée de larges ecchymoses, et dans l'atlas que je publie avec mon ancien élève, aujourd'hui mon collègue, le docteur Bazy, j'ai représenté une vessie dont la muqueuse est uniformément noirâtre. Si chez un malade à vessie distendue vous videz imprudemment l'organe, l'hémorrhagie viendra; c'est pourquoi je vous répète : Procédez à l'évacuation avec la plus grande prudence, car si l'hématurie n'existe pas, vous pourrez la provoquer. Elle avait été provoquée par une évacuation brusque dans le cas que j'ai fait dessiner. Ce qu'il y a de particulier dans le fait actuel, c'est sa spontanéité. Spontanée ou provoquée, l'hématurie s'explique facilement par la stase veineuse que déterminent les distensions. Tout est prêt pour qu'elle se produise.

Nous l'avons vu en examinant les pièces anatomiques. rien dans l'état de l'urèthre ni de la prostate ne justifie la lésion vésicale : la vessie est primitivement atteinte, son muscle impuissant ne réagit plus et l'organe se dilate. L'urine, qui descend des uretères, pénètre difficilement dans la vessie pleine, et la stase avec dilatation uretérale, puis l'uretérite et la pyélonéphrite en sont la conséquence.

Civiale en faisant jouer un rôle trop exclusif à l'inertie primitive de la vessie, Mercier en subordonnant toujours la prostate, avaient tort tous deux. J'ai interprété ces faits en y voyant des phénomènes connexes qui ont pour fond commun, pour cause première, l'artério-sclérose. Notre malade confirmait la règle, car dans les artères coronaires et à l'origine de l'aorte, l'autopsie a démontré des lésions d'athérome. C'est en effet la lésion commune à tous les prostatiques, ainsi que l'a démontré mon élève, M. Launois. Et dans l'évolution qui amène au prostatisme, il y a, comme la clinique m'a permis de l'établir depuis longtemps, lésion simultanée des reins, de la vessie et de la prostate. Selon leur répartition, ce seront les phénomènes prostatiques, vésicaux ou rénaux, qui prédomineront. Ils accentueront un des traits morbides de l'affection dont je vous parle, mais ne sauraient la caractériser à eux seuls. Dans aucun cas d'ailleurs ils n'évoluent isolément.

Le plus souvent la prostate sera surtout lésée, c'est de beaucoup le cas le moins grave. Aussi le patient parcourt-il des étapes dont la longueur se compte par années. La maladie évolue en suivant les trois périodes que j'ai décrites : la première, caractérisée par la congestion ; la deuxième où la rétention domine ; la troisième dans laquelle la rétention s'accompagne de distension. L'augmentation de volume de la prostate a entravé le fonctionnement de la vessie qui, à la longue, devient impuissante, ne réagit plus contre l'obstacle, se trouve forcée et se distend sans souffrance. Toute une série de symptômes et de lésions témoignent qu'avant de se soumettre elle avait voulu résiter.

Dans d'autres cas, vous le voyez, c'est la vessie elle-même qui réunit primitivement le maximum de lésions; toute la phase clinique qui témoigne de la lutte contre l'obstacle mécanique, se trouve supprimée, et le malade, sans avoir une grosse prostate, sans avoir été averti par la succession ordinaire des accidents, présente d'emblée les phénomènes de la troisième période. L'hypertrophie de la prostate ne saurait donc caractériser un état morbide où son rôle n'a rien d'absolu, qualifier une situation qui se déroule sans sa participation. Aussi ai-je créé le mot de *prostatisme*, terme clinique qui désigne, quelle que soit la localisation première, un ensemble de symptômes répondant à un ensemble de lésions ayant pour fond commun l'artério-sclérose.

En terminant, Messieurs, je tiens à vous dire que, malgré la haute gravité de la distension vésicale, certains malades peuvent guérir. Je n'insisterai pas sur les détails du traitement que j'ai plus d'une fois exposés. L'indication qui s'impose est de vider la vessie; mais pour ne pas ajouter l'hémorrhagie à la congestion existante, on doit évacuer lentement, en plusieurs séances; pour ne pas infecter tout l'appareil urinaire, il faut agir antiseptiquement. Si toujours, en chirurgie, l'antisepsie est d'importance capitale, elle est ici de nécessité vitale. La gravité des lésions locales le peu de résistance organique, font de ces sujets une proie facile pour les agents infectieux. Vos instruments seront donc *antiseptiquement propres,* vous éviterez ainsi l'introduction de germes du dehors. Si l'urine contenue dans la vessie était déjà contaminée; si, malgré les précautions antiseptiques, vous introduisiez des microbes avec vos sondes, il faudrait, en changeant les conditions de culture, arrêter le développement de ces germes et les atteindre dans leur vitalité. Ce résultat sera obtenu en remplaçant l'urine évacuée par de l'acide borique en solution concentrée. Il faut cependant ne pas vider la vessie. Vous arriverez à résoudre le problème d'évacuer sans vider, en remplaçant au fur et

à mesure l'urine par la solution borique concentrée, sans jamais laisser sortir la totalité du contenu de la vessie.

Vider la vessie lentement, méthodiquement et antiseptiquement, substituer à son contenu un milieu aseptique, tel est le traitement qui peut vous aider à conjurer les accidents si graves du prostatisme vésical, accidents qu'il faut apprendre à ne pas confondre avec ceux qui ont pour cause principale l'hypertrophie de la prostate.

De la transformation fibreuse des tissus périprostatiques. Rétrécissements du rectum consécutifs,

Par M. le Dr Kirmisson, agrégé de la Faculté, chirurgien des hôpitaux, et M. le Dr Desnos, ancien interne des hôpitaux.

L'épaississement fibreux des parois du rectum survenant à la suite de suppurations prostatiques est une affection des plus rares, dont nous n'avons pu trouver d'observations précises.

Aux deux faits inédits que nous rapportons plus loin, nous joindrons le résumé de l'observation d'un malade qui a fait l'objet d'une leçon clinique de M. Kirmisson (1).

Obs. I (résumée). — X... 52 ans. Aucun antécédent héréditaire. A l'âge de 20 ans, blennorrhagie qui dure longtemps et guérit sans laisser de traces. Pas d'autre maladie.

Au commencement de l'année 1885, le malade s'aperçut qu'il rendait du pus par l'anus au moment de la défécation, écoulement qui dura deux mois et disparut spontanément. Quelques mois après, abcès au niveau de la partie latérale droite de l'anus, ouvert par un praticien de la ville et resté

(1) V. *Gazette médicale*, 10 déc. 1887, p. 593.

fistuleux. Six mois encore après, il entra à l'hôpital Laënnec où M. Nicaise pratiqua un grattage antiseptique du trajet. La fistule persista néanmoins.

Au bout d'un an environ, en décembre 1886, nouvel abcès à gauche de l'anus; par la fistule qui ne s'était pas fermée, on pouvait conduire un stylet jusque dans la cavité de cet abcès; on en sentait facilement l'extrémité à travers la peau; du côté du rectum l'instrument était séparé du doigt par une grande épaisseur de tissus. De plus, à une petite distance de l'anus, le calibre du rectum était très notablement rétréci par la présence d'une bride épaisse occupant toute la périphérie de l'intestin, constituant une sorte de valvule semi-lunaire, située au niveau de la base de la prostate. On ne trouvait plus trace de cette glande par le toucher. Un rétrécissement de la portion périnéo-bulbaire de l'urèthre n'admettait qu'un n° 8. M. Kirmisson pratiqua une incision du trajet dans toute l'étendue du décollement à l'aide du thermo-cautère. Le rétrécissement uréthral fut dilaté jusqu'au n° 21.

Le malade sortit conservant une fistule pour laquelle il rentra à l'hôpital en août 1887. A ce moment, la fistule avait changé complètement de direction : le stylet était conduit vers la paroi rectale à travers laquelle le doigt en sentait l'extrémité. Les lésions du rétrécissement rectal étaient beaucoup plus prononcées et formaient une bride circulaire dure et saillante au niveau de la base de la prostate, en forme de croissant. On ne trouvait plus aucun vestige de la glande.

Au mois de septembre 1887, M. Kirmisson incisa toute la paroi rectale à l'aide du thermo-cautère et en divisant les tissus progressivement à partir de l'anus, atteignit la bride fibreuse supérieure.

Nous regrettons de ne pouvoir joindre à cette observation celle d'un malade que M. Kirmisson a suivi à l'hôpital de la Pitié et qui était porteur de lésions analogues, survenues également à la suite d'une suppuration prostatique.

L'observation n'a pu en être retrouvée et nous nous bornons ici à signaler le fait.

Obs. II. — Le nommé G... Auguste, âgé de 60 ans, chauffeur, entre le 20 juillet 1888, dans le service de M. le professeur Le Fort, suppléé par M. Kirmisson, à l'hôpital Necker. Ses antécédents héréditaires sont nuls; son père est mort à 75 ans, sa mère à 70; il a quatre frères et deux sœurs, bien portants ou morts accidentellement. De trois enfants qu'il a eus, il ne lui reste qu'une fille de 25 ans, mère elle-même de deux enfants bien portants. Nulle part on ne retrouve, ni chez lui, ni chez ses parents, de vestiges d'affection tuberculeuse.

A 18 ans, il eut une blennorrhagie qui dura six mois et disparut sans laisser de traces. Sa santé est restée bonne jusqu'à 45 ans. A cette époque, en 1873, il fut renversé par un tonneau qui passa sur lui et produisit une fracture du bassin; il ne se rappelle pas avoir eu de troubles urinaires à ce moment, ni avoir uriné du sang; toujours est-il que M. Cusco, dans le service duquel il fut conduit et où il resta 6 mois, lui pratiqua « une opération » et lui plaça une sonde qui fut maintenue à demeure pendant six semaines. En même temps un « séton » ou plus vraisemblablement un drain fut placé à la partie supérieure de la cuisse gauche. Dès son arrivée également, une incision, faite au-devant de la symphyse pubienne, n'aurait donné issue, au dire du malade, qu'à une grande quantité de sang. A la suite de l'évacuation de cette ou de ces collections, la plaie ne se ferma pas; une fistule persista pendant 10 ans, fournissant une quantité de pus variable et ayant livré passage, au bout de sept à huit ans, à une esquille assez volumineuse.

Aujourd'hui on constate à la région pubienne une cicatrice adhérente aux parties profondes.

Le malade sortit du service de M. Cusco, assez bien portant; cependant ses urines contenaient toujours du pus; les mictions étaient assez fréquentes, et il ressentit par intermit-

tences un symptôme qu'il a présenté depuis à un degré plus prononcé, consistant en une incontinence vraie. Au bout de 13 à 14 mois, apparut de nouveau, à la face interne de la cuisse gauche, une tuméfaction énorme qui rendit la marche impossible. Il entra à l'hôpital Necker dans le service de M. Désormeaux qui ouvrit l'abcès ; la suppuration se tarit au bout d'un mois, et le malade put reprendre son travail.

Il ne paraît pas avoir été sondé à cette époque et la miction se faisait normalement ; mais le jet commença bientôt à diminuer et, deux ans après, M. Guyon pratiqua la dilatation progressive. Depuis ce moment, le malade n'a jamais plus été sondé et les dimensions du jet sont restées suffisantes. Cependant les urines ne sont jamais redevenues limpides, le pus apparaît toujours avec ou après les dernières gouttes ; cette pyurie a été, il est vrai, très faible pendant un certain nombre d'années, mais toutes les fois que le malade y a fait attention, il a constaté la présence de pus dans son urine. Ces évacuations purulentes ont toujours été liées à la miction ; jamais il n'y eut d'écoulement blennorrhéique, jamais non plus d'expulsion purulente pendant la défécation.

Depuis quatre ou cinq ans, les mictions sont devenues plus fréquentes et plus douloureuses ; sous l'influence du froid, d'un excès de travail ou de boisson, les symptômes augmentent d'intensité. De plus le malade se sent de temps en temps mouillé de quelques gouttes d'urine qui s'échappent inconsciemment, sans être précédées de la sensation du besoin et sans provoquer de douleur comme pendant les mictions. Cette incontinence est irrégulière, ne suit pas la miction après un laps de temps déterminé, cesse pendant quelques heures, pour se répéter à plusieurs reprises et coup sur coup.

Il y a quelques mois, un retour aigu de cystite, qui nécessita jusqu'à quinze mictions pendant la nuit, força le malade à un séjour à l'hôpital Broussais.

En avril 1887, le testicule gauche devint le siège d'un gonflement considérable, sans cause appréciable. La peau était rouge, tendue, les douleurs spontanées peu vives, mais la marche les exaspérait. Peu à peu la tuméfaction disparut ainsi que la douleur ; cependant le testicule restait, depuis un an, un peu gros et bosselé, quand, il y a trois mois, le malade remarqua, sur la partie postéro-externe gauche du scrotum, une petite fistule qui livrait passage à du pus. C'est alors qu'il entra à l'hôpital Necker dans le service de M. Le Fort, suppléé par M. Kirmisson.

Actuellement. — Nous ne parlerons pas des cicatrices que nous avons signalées déjà ; à part celle qui occupe le scrotum, elles sont toutes aujourd'hui entièrement fermées.

Le testicule gauche présente le volume d'un gros œuf, tuméfaction due au développement de l'épididyme qui est bosselé surtout à sa partie inférieure ; il laisse en avant le testicule lui-même, reconnaissable à une mollesse particulière. La fistule s'ouvre par deux orifices en cul de poule, la peau est profondément adhérente à ce niveau ; il n'existe de douleur dans aucun point. Le cordon est un peu gros au niveau de l'épididyme, mais devient normal dans le reste de son trajet, accessible à l'exploration. A droite la queue de l'épididyme est dure, bosselée et tuméfiée, le cordon est indemne.

Toucher rectal. — Immédiatement au-dessus du sphincter on sent que la muqueuse manque de sa souplesse habituelle, qu'elle est tendue et adhérente à une masse dure ; cette dernière qui occupe la place de la prostate ne rappelle en aucune façon la configuration de cette glande, dont on ne retrouve pas les caractères. Elle est très résistante, non dépressible et proémine dans le rectum où elle forme une saillie semi-lunaire. Le rebord occupe la place de la base de la prostate : le doigt peut facilement le contourner et on constate alors qu'il cesse brusquement au niveau du bas-fond vésical, que la muqueuse redevient souple et dépressible au-dessus de lui. Les bords de ce gros et dur repli

falciforme ne cessent pas brusquement mais se perdent insensiblement sur les côtés du rectum dont toutes les parois semblent fibreuses à ce niveau ; cet anneau inextensible est cependant assez large pour ne pas faire obstacle au cours des matières.

Par le cathétérisme on constate que l'urèthre présente une série de ressauts dans les portions périnéo-bulbaire et membraneuse ; le rétrécissement le plus étroit admet le n° 16.

Obs. III. — Fl... 42 ans, garçon de restaurant, n'a jamais eu d'autres affections que des blennorrhagies ; il n'a aucun antécédent héréditaire ; son père et sa mère sont encore vivants et bien portants ; il n'a ni frère, ni sœur, ni enfant. Il a contracté à 17 ans une première blennorrhagie qui guérit complètement, une seconde à 20 ans ; depuis ce moment son urèthre a toujours suppuré ; l'écoulement a diminué par intervalle ; pendant des périodes qui n'ont jamais dépassé un an, il ne restait plus qu'une goutte de pus au réveil ; puis, sous l'influence d'excès de boissons ou de coït, ou d'une nouvelle contagion, l'état aigu reparaissait. Pendant une période de douze à quinze ans, le malade ne peut donner à ce sujet aucun renseignement précis.

Au bout de dix ans environ il remarqua une certaine lenteur dans la miction qui devenait douloureuse par intervalles. Ces difficultés augmentèrent peu à peu, et depuis deux ans environ, elles sont extrêmes. L'urine ne sort plus que goutte à goutte, parfois cependant un jet mince et divisé est projeté à quelques centimètres. A d'autres moments au contraire la miction est presque impossible et a même été supprimée pendant plusieurs heures après des excès de boisson.

Depuis six mois les envies d'uriner sont devenues très fréquentes, impérieuses, et la miction parfois atrocement douloureuse ; de plus il existe de l'incontinence depuis quelques semaines ; le malade se sent continuellement mouillé. Enfin, presque en même temps, la défécation est

devenue l'occasion de douleurs assez vives irradiant dans le périnée et le scrotum; et d'autant plus intenses que le malade est plus constipé. Les urines laissent au fond du verre un dépôt abondant; au-dessus la masse totale de l'urine reste limpide après repos.

L'état général est mauvais, l'appétit à peu près nul, les digestions difficiles; de petits frissons surviennent de temps en temps vers le soir.

Le 2 mai 1885, je vois le malade pour la première fois; il est en proie à des besoins très fréquents et douloureux; l'incontinence est incessante et ses vêtements sont constamment souillés. La vessie, remplie, est facilement sentie au-dessus du pubis, en déprimant un peu la région hypogastrique. L'exploration de l'urèthre au moyen de bougies à boule permet de constater l'existence de rétrécissements multiples dans la région pénienne, qui arrêtent successivement les n°s 15, 12, 8; enfin à la région périnéo-bulbaire existe un obstacle qui ne peut être franchi.

Par le toucher rectal, on provoque une sensibilité très vive de la région prostatique; la glande est difficilement reconnaissable; ses contours sont effacés; on reconnaît néanmoins qu'elle est augmentée de volume; la pression donne une sensation de résistance particulière qui s'étend au delà de la limite de la glande; au-dessus d'elle on apprécie la saillie globuleuse de la vessie distendue.

Les régions rénales sont le siège d'une sensibilité marquée à la pression; il n'existe pas de douleurs spontanées, et le volume des reins semble normal.

L'état général est mauvais; langue sale, soif vive, appétit nul; constipation légère. La température est de 38°,5.

Du 12 au 21 mai, quatre tentatives furent faites pour franchir le rétrécissement à l'aide de bougies tortillées en vrille, en baïonnette, etc., la pression continue à l'aide de bougies de cire, la pression hydraulique, demeurèrent infructueuses. Enfin, le 21, une bougie filiforme pénétra, et fut laissée à demeure.

Pendant tout ce temps, l'état général s'était un peu amélioré, le traitement avait consisté en boissons délayantes, purgatifs légers et lavements, cataplasmes sur l'abdomen et injections hypodermiques de morphine. Un gramme de sulfate de quinine fut administré après chaque cathétérisme; ces jours-là le thermomètre monta à 39°, 39°,5, 40°,2.

Le 22 mai je pratiquai l'uréthrotomie interne avec l'instrument de Maisonneuve. Dès le soir la température tombait à 37°,9; néanmoins il existait un ténesme vésical assez intense et quelques irradiations douloureuses au périnée; le lendemain, 23 mai, ces douleurs étaient plus grandes, des faux besoins se montraient souvent, la sonde à demeure fut retirée.

Le soir, frisson et 39°. Exacerbation qui disparut le 24, et ne se montra plus dans la suite.

Le volume de la prostate n'avait pas diminué, et la sensibilité était très grande à la pression; ces phénomènes s'effacèrent peu à peu dès le 25, et le 1er juin il ne restait plus que des envies un peu fréquentes et un peu douloureuses.

1er *juin*. — La douleur au toucher rectal est presque nulle; cependant l'état local a peu changé, la prostate est toujours grosse; ses contours sont effacés et on sent que le doigt en est séparé par une assez grande épaisseur de tissus; enfin, pour la première fois, on constate que la pression fait sourdre au méat une certaine quantité de liquide purulent. Pendant la défécation le malade avait constaté ce fait à deux reprises.

15 *juin*. — La dilatation est commencée à l'aide de bougies olivaires nos 15 et 16.

17 *juin*. — Retour de cystite assez intense.

20 *juin*. — La cystite n'a pas cédé au repos, aux émollients, tisanes, bains, ni à l'administration de capsules de térébenthine.

28 *juin*. — Même état.

1er-12 *juillet*. — Les instillations d'une solution à 1/50 de nitrate d'argent sur la région cervicale amènent une

disparition presque complète de la fréquence et de la douleur des mictions. Les urines restent toujours purulentes.

22 *août*. — La tuméfaction prostatique a un peu diminué. Depuis six semaines environ, le malade voit à chaque garde-robe sourdre du méat une certaine quantité de pus, parfois, dit-il, assez considérable pour remplir un dé à coudre. Le toucher rectal provoque une expulsion de ce genre.

22 *août*-5 *septembre*. — La dilatation est conduite sans accident du n° 15 au n° 23.

8 *janvier* 1886. — Les symptômes de prostatite chronique ont continué. A chaque garde-robe sans exception, une certaine quantité de pus s'échappe par la verge ; quelquefois le malade se sent mouillé dans l'intervalle des mictions et des garde-robes et trouve sur sa chemise un peu de pus. Les urines en entraînent également sur leur passage ; les premières gouttes sont toujours troubles ; les dernières contiennent souvent du pus, mais non toujours. Par le toucher rectal la prostate semble un peu diminuée de volume, mais il est de moins en moins possible d'en délimiter les contours. — 3 séances de dilatation.

24 *mai* 1886. — L'expulsion du pus pendant la défécation a sensiblement diminué et ne se produit plus que par intermittences. Il n'y a plus trace de cystite. Les signes fournis par le toucher sont peu modifiés.

2 *novembre* 1886. — Grande amélioration du côté de la prostate ; les expulsions purulentes n'ont plus lieu qu'à de très rares intervalles, tous les 8 ou 10 jours, et seulement lorsque le malade fait des efforts violents de défécation.

Le cathétérisme montre que la région prostatique n'est plus douloureuse. Par le toucher on constate d'importantes modifications : il n'est plus possible de reconnaître la prostate ; la paroi antérieure du rectum, peu mobile, indurée, simule une membrane tendue fortement d'un bout à l'autre de l'intestin ; la sensation d'empâtement du début de la maladie n'existe plus et la paroi est franchement indurée. En

haut cette résistance disparaît graduellement et le bas-fond vésical se présente avec des caractères normaux. La pression ne fait plus sourdre de liquide par l'urèthre. Le malade n'a plus été revu pendant 20 mois environ jusqu'au 14 août 1888.

L'état général est resté bon; le calibre du canal a été maintenu au moyen de l'introduction de bougies que le malade a faite régulièrement. La cystite n'a pas reparu, et les expulsions purulentes ont cessé complètement depuis plus d'un an.

La région prostatique est profondément altérée : la glande n'existe plus, ou du moins n'est plus appréciable. On trouve dans cette région une production fibreuse dure, résistante, qui est transversalement tendue d'un bord de l'intestin à l'autre; à la partie inférieure, ses limites sont peu nettes et elle disparaît graduellement, mais en haut, au niveau de la base de la prostate, elle cesse assez brusquement et se termine par un rebord arrondi. Cette bride fibreuse fait une très légère saillie dans le rectum à l'état de repos de cet intestin; mais si on exerce une légère pression avec le doigt, au-dessus de la bride, celle-ci ne cède pas, et il en résulte une sorte d'ampoule limitée en bas par un bord rigide; il est probable qu'il se produit une dépression analogue pendant la défécation; néanmoins celle-ci n'est pas entravée.

La transformation fibreuse de la prostate et des tissus périprostatiques à la suite des suppurations chroniques de cette glande est un fait des moins connus de la pathologie urinaire. Cela s'explique parce que ces abcès chroniques eux-mêmes ont été jusqu'à présent incomplètement étudiés. Nous ne parlons pas ici de la prostatite folliculaire chronique, consécutive à une uréthrite et caractérisée par l'expulsion d'une certaine quantité de liquide muco-purulent pendant la défécation. Les véritables abcès chroniques sont de deux ordres: ou bien ils sont produits par des dépôts tuberculeux

et affectent une marche et des caractères spéciaux, ou bien ils accompagnent des lésions graves de l'appareil urinaire, telles que des rétrécissements anciens et étroits, ou bien encore ils sont le reliquat d'un abcès chaud dont l'évacuation s'est faite incomplètement.

La marche, la terminaison et surtout les suites éloignées de ces affections chroniques sont indiquées assez vaguement par les auteurs. Thompson parle seulement de l'atrophie consécutive aux abcès de la prostate. Harrison, Coulson, Gouley y font à peine allusion. Dans les bulletins de la Société anatomique existe la description d'un certain nombre de pièces où on retrouverait peut-être l'origine de ce processus dans l'épaississement et l'induration des parois des cavernes prostatiques ; mais la production fibreuse organisée n'est pas décrite. Il en est de même du musée Civiale à l'hôpital Necker ; on y voit des exemples d'abcès multiples, de suppurations chroniques compliquant les rétrécissements, mais sur aucun on ne découvre de développement hypertrophique des tissus rétroprostatiques. Cette pénurie de documents dans les collections anatomiques s'explique par ce fait que les malades dont nous parlons sont pour ainsi dire guéris de leur affection prostatique, et que ces lésions fibreuses ne donnent pas lieu à des complications graves et de nature à entraîner la mort.

En interrogeant l'étiologie des rétrécissements du rectum nous n'avons pas trouvé non plus d'observation à rapprocher des nôtres. Les suppurations périrectales sont signalées en effet par plusieurs auteurs, Allingham, Duplay, Gosselin et Dubar, comme causes de rétrécissement ; ces auteurs ne font pas une mention spéciale de l'origine de la suppuration et les abcès de la région prostatique et périprostatique n'ont paru à personne jouer un rôle particulier.

M. Kirmisson a fait connaître dans une leçon clinique l'histoire de deux malades qui, à la suite d'abcès de la prostate, avaient présenté des brides fibreuses qui faisaient saillie dans le rectum donnant naissance à un véritable rétrécis-

sement de l'organe; nous pouvons y joindre aujourd'hui deux nouveaux faits (Obs. II et III) dans lesquels la marche et les symptômes concordent sensiblement.

La cause unique de cette transformation fibreuse des parois rectales a été une suppuration chronique de la région prostatique. Une durée très longue semble nécessaire pour que ce processus atteigne son dernier terme, 15 ans dans un cas, 4, 5 ans dans les autres. La région où s'ouvre la collection est indifférente; dans un cas la fistule se faisait jour en avant de l'anus; dans les autres, le pus se déversait dans l'urèthre.

Le début du processus a pu être surpris dans l'Observation III. Dès les premiers jours où le malade a été observé la prostate était tuméfiée et renfermait très probablement déjà une ou plusieurs collections purulentes. L'exploration en était rendue difficile à cause de l'existence, en arrière de sa face postérieure et en avant du rectum, d'une couche épaisse de tissus légèrement rénitents, peu dépressibles, donnant au doigt la sensation d'un œdème dur et présentant une surface inégale. Cette production s'étendait au delà des limites de la glande et en masquait les contours. Il est évident qu'il existait depuis longtemps déjà une inflammation chronique, peut-être de la lymphangite qui a abouti à l'épaississement et à l'induration de cette masse de tissu cellulaire.

Peu à peu ces phénomènes sont devenus de moins en moins marqués, et pendant ce temps des modifications se sont produites à la fois du côté de la prostate et du rectum.

Les foyers intra-prostatiques se sont vidés peu à peu; mais en même temps, des débris du tissu glandulaire lui-même ont été entraînés avec la suppuration, et il en est résulté une perte de substance plus ou moins étendue de la glande. Ce processus est connu depuis longtemps; Thompson le considère comme une des causes d'atrophie de la glande et il est facile de le suivre sur de nombreuses pièces pathologiques d'abcès chroniques et de cavernes de la prostate; on voit, en effet, certaines parties de la glande

transformees en un véritable tissu de cicatrice; c'est le résultat évident d'un ancien abcès.

Du côté du rectum, il se produit un épaississement des parois qui se fait lentement au contact du foyer d'inflammation chronique sous-jacent. Dans l'observation III ce n'est guère qu'au bout de six mois que la muqueuse rectale est devenue moins mobile; puis peu à peu toutes les tuniques ont semblé faire corps avec l'induration rétro-prostatique.

De plus, au début, le travail inflammatoire était diffus, et au niveau de la base de la prostate, par exemple, l'épaississement se perdait peu à peu sur la paroi postérieure de la vessie. Plus tard au contraire on voit le tissu fibreux se terminer assez nettement, du moins à la partie supérieure où un rebord saillant indique le niveau de la base de la prostate; sur les côtés, les limites de cette saillie se perdent insensiblement sur les parois latérales: elle prend une forme semi-lunaire et tend à entourer complètement le rectum.

Tant qu'il existe un foyer de suppuration voisin, cette masse fibreuse progresse; elle paraît pouvoir s'accroître encore lorsque ce foyer n'existe plus, et dans l'observation III en particulier on voit l'anneau rectal s'accentuer encore, alors qu'il n'y a plus trace de suppuration intra-uréthrale.

La marche est la même lorsque l'origine du pus est extra-prostatique; c'est ce qui s'est passé dans l'Observation II ou, à la suite de désordres causés par la fracture du bassin et l'attrition des parties molles, on a vu des fusées purulentes se diriger de divers côtés; l'espace rétro-prostatique a sans doute été envahi pendant cette marche extensive.

Il est difficile, en présence d'un si petit nombre de faits, de dire si la bride fibreuse aboutit fatalement à la production d'un rétrécissement du rectum. On serait tenté de répondre par la négative en voyant le malade de l'Observation II suppurer pendant 15 ans, et présenter une saillie fibreuse rectale très épaisse mais assez peu considérable pour ne gêner en aucune façon le fonctionnement de l'organe.

Uro-azotimètre,

par M. E. Gautrelet, chimiste.

Sur mes indications et celles de mon confrère, collabora-



teur et ami, M. Vieillard, M. Alvergniat a construit récemment un nouvel appareil, dit uro-azotimètre.

I. *Description.*

L'uro-azotimètre se compose essentiellement de trois parties :

1° Un générateur à gaz, sous forme d'une éprouvette en

verre portant près de son fond deux traits circulaires : l'inférieur correspondant à une capacité de 35 cc., le supérieur limitant un volume de 10 cc. : ce générateur, qui renferme un petit tube d'une contenance d'environ 10 cc., portant deux traits gradués à 5 et 10 cc., est obstrué par un bouchon en caoutchouc.

2° Un tube gazomètre d'une capacité de 85 cc. divisée en cc. et fractions, demi-décimes de cc.

Ce tube, également tout en verre, porte à sa partie supérieure une petite chambre communiquant avec la partie graduée directement par un robinet inférieur, avec l'air atmosphérique directement encore par un robinet supérieur et avec la partie supérieure du générateur à réaction par un ajutage latéral (au moyen d'un tube de caoutchouc terminé par un tube en verre à œil aussi latéral). Ce tube gazomètre est fixé sur un support métallique.

3° Une cuvette à mercure (en verre), reliée par un tube en caoutchouc très épais avec la portion inférieure du tube gazomètre. Cette cuvette à mercure est mobile, au moyen d'un anneau et d'une vis de pression, sur la tige métallique servant de support au gazomètre.

II. *Usages.*

L'uro-azotimètre est destiné au dosage différentiel volumétrique des divers matériaux azotés de l'urine par la réaction de l'hypobromite de soude.

Tout le monde sait que les matières organiques azotées de l'urine, susceptibles d'être décomposées par les hypobromites alcalins, se divisent en trois groupes correspondant à trois rapports différents d'oxydation :

Complètement oxydés : Urée $= C^2 H^7 Az^2 O^2 = \frac{O}{C^2} = \frac{100}{100}$

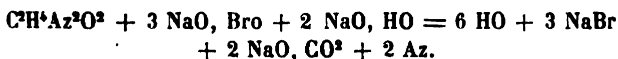
Moyennement oxydés : Acide urique $= C^{10} H^4 Az^4 O^6 = \frac{O^6}{C^{10}} = \frac{60}{100}$

Faiblement oxydés : Créatinine $= C^8 H^4 Az^3 O^2 = \frac{O^2}{C^8} = \frac{25}{100}$

A. Urée.

L'on sait aussi quelles sont les difficultés du dosage pratique de ces différentes substances, en général. Pour l'urée en particulier, les méthodes analytiques sont nombreuses ; mais deux surtout ont été employées ; la réaction des hypoazotites mercuriels, la réaction des hypobromites alcalins.

Knop, le premier, a signalé l'action des hypobromites alcalins sur l'urée qu'ils décomposent en eau, acide et azote, l'azote seul se dégageant par suite de l'absorption concomitante de CO^2, par l'alcali caustique en excès dans le réactif.



$$C^2H^4Az^2O^2 + 3\ NaO,\ Bro + 2\ NaO,\ HO = 6\ HO + 3\ NaBr + 2\ NaO,\ CO^2 + 2\ Az.$$

Un nombre considérable d'appareils sont fondés sur cette réaction. Tous sont plus ou moins ingénieux comme construction, mais tous aussi présentent de multiples inconvénients, par exemple : mise en liberté d'une portion seulement de l'azote de l'urée, dégagement simultané d'une portion de l'azote des autres matières azotées urinaires (variable avec la concentration du réactif), absorption par l'eau d'une partie de l'azote libéré (quand on n'opère pas sur le mercure).

Méhu a fait voir que la présence du sucre dans l'urine permettait le dégagement de la totalité de l'azote de l'urée par le réactif hypobromé, en supprimant la formation des cyanates et nitrates ayant lieu secondairement dans cette réaction.

Millon a indiqué la réaction des hypoazotites mercureux et mercuriques sur l'urée, et en a tiré son dosage de ce produit azoté par pesée de l'acide carbonique dégagé.

Gréhant a appliqué à ce dosage la pompe à mercure.

Notre distingué collègue Boymond a modifié cette méthode en pesant les éléments de l'urée disparus à l'état gazeux dans la réaction. Enfin, le professeur Bouchard l'a

rendue volumétrique avec son appareil spécial à la mensuration de l'azote uréique.

La méthode de Millon a cet avantage qu'elle donne exclusivement l'urée et l'ammoniaque ; mais soit par emploi d'appareil trop dispendieux et trop volumineux (comme la pompe à mercure), soit par le fait des difficultés de la pesée (comme pour les appareils de Millon et de Boymond), soit par suite de notables causes d'erreurs de manipulation (comme dans l'appareil de Bouchard), elle n'a point pris pied dans la pratique courante.

L'uro-azotimètre procède comme filiation :

a) De la méthode de Knop par l'emploi du réactif, l'hypobromite de soude.

b) De l'indication de Méhu par l'emploi d'une solution sucrée ajoutée à l'hypobromite alcalin.

c) De l'uréomètre de Noël par sa chambre de réaction séparée.

d) De la pompe à mercure de Gréhant par l'emploi de la cuvette mobile au moyen de laquelle nous pouvons, pour aider au dégagement du gaz, abaisser la pression aussi bas que possible.

Nous avons ajouté à ceci : la précipitation préalable de l'acide urique et de la créatinine par le chlorure de zinc en solution alcaline.

Nous dosons donc avec cet appareil l'azote exclusif et total de l'urée de l'urine, avec une précision d'autant plus grande que nous opérons sur un volume relativement grand de liquide urinaire.

B. Acide urique.

Parmi tous les procédés indiqués pour le dosage de l'acide urique, un seul, la précipitation par l'acide chlorhydrique, est journellement employé en chimie médicale.

Et pourtant ce procédé est gros d'erreurs ; il en présente de deux ordres différents :

1° Tout d'abord l'acide urique, même à une basse température, n'est jamais entièrement précipité avant 4, 5 et quelquefois même 8 jours. Or, comme il est d'usage de rendre les résultats d'une analyse, sinon toujours dans les 24 heures, du moins dans un laps de temps assez court, il est certain que par précipitation on n'a pu avoir la totalité de l'acide urique de l'urine.

2° Ensuite, si l'urine n'a pas été exactement filtrée (ce qu'en urologie clinique on néglige très-souvent), au déficit urique s'ajoute alors un poids plus ou moins élevé d'éléments histologiques tenus en suspension par l'urine.

3° Enfin, en admettant même une filtration sérieuse, l'acide urique en se précipitant dans une urine en présence de l'acide chlorhydrique, entraîne le pigment uroérythrine, lequel par son poids propre vient encore vicier la pesée urique. Nous savons bien que l'on n'a pas coutume de tenir compte de ce poids de l'uroérythrine et pourtant, expérimentalement, nous avons constaté que, dans certains cas, il dépassait 40 centigrammes, c'est-à-dire était rien moins que négligeable.

Une méthode nouvelle s'imposait donc pour le dosage de l'acide urique.

Hufner ayant signalé l'action de l'hypobromite de soude sur l'acide urique dont, disait-il, la moitié du gaz azoté était ainsi mis en liberté, Magnier de La Source appliqua ce principe au dosage volumétrique de l'acide urique en précipitant préalablement celui-ci par l'acétate basique de plomb, et faisant deux dosages comparés, l'un sur l'urine brute (on avait alors, pensait-il, l'azote de l'urée, plus le demi-azote de l'acide urique), l'autre sur l'urine déféquée (on n'aurait eu, en ce second cas, que l'azote de l'urée).

Cette méthode a été abandonnée parce qu'elle donnait des résultats incertains. En l'étudiant sous toutes ses faces, nous nous sommes aperçus que, excellente en elle-même, elle n'avait eu de résultats négatifs que du fait d'une application sérieuse.

En effet, avec la concentration du réactif varie le quantum de l'azote urique mis en liberté par l'hypobromite alcalin. Avec l'exiguïté des appareils, l'exiguïté des prises d'essai, les chiffres volumétriques à lire pour l'azote de l'acide urique étaient si faibles que l'erreur absolue constante devenait une erreur relative considérable et telle qu'elle dépassait les limites de toute certitude pratique.

Avec la cuve à eau, avec l'emploi direct du réactif dans le tube gazomètre, les erreurs d'absorption étaient souvent aussi fortes que les volumes d'azote urique à lire.

On n'avait pas songé à employer le sucre pour éviter la déperdition gazeuse due aux cyanates ou nitrates formés secondairement dans la réaction, avons-nous déjà dit.

En employant une liqueur-réactif très concentrée :

Brome	15	cc.
Lessive des savonniers	135	—
Eau	50	—
TOTAL	200	—

En ajoutant une petite quantité de sucre, en opérant sur un volume d'urine suffisant, 5 ou 10 cc., on obtient avec l'uro-azotimètre l'azote total de l'acide urique et dans des conditions telles que les mensurations ne peuvent point être influencées par l'erreur relative pouvant résulter de la manipulation.

C. Créatinine.

Aucun procédé courant direct n'ayant été jusqu'ici signalé pour le dosage de la créatinine, ce dosage n'est pas encore entré dans la pratique des laboratoires d'analyse médicale. Et pourtant les expériences et les déductions si remarquables de M. A. Robin, relativement au coefficient d'oxydation des matériaux azotés de l'urine, ou autrement dit au rapport de l'azote de l'urée, à l'azote total, appellent l'attention du corps médical sur ce point.

Or, l'action directe d'une solution concentrée d'hypobromite de soude sur une urine en présence du sucre étant telle, qu'en outre de l'azote de l'urée et l'acide urique, l'azote total de la créatinine est également mis en liberté, et les deux premiers étant connus d'autre part, on pouvait donc penser à en déduire la créatinine.

C'est ce que nous avons vérifié ; et de nos expériences, il résulte en effet, qu'en ces conditions la créatinine peut être mesurée volumétriquement.

III. *Manipulations.*

A. Première.

a) L'appareil étant chargé de mercure, et les deux robinets du gazomètre ouverts, on commence par amener le mercure au zéro de la graduation en élevant ou abaissant la cuvette selon le cas ; on ferme le robinet supérieur.

b) On verse alors dans le générateur 35 cc. de réactif hypobromé, plus 10 cc. de solution sucrée à 5 p. 100 ; on mélange.

c) On garnit le petit tube à réaction de 5 ou 10 cc. d'urine (non filtrée), selon la concentration, et l'on place ce tube dans le générateur en évitant tout mélange avec le réactif.

d) On ferme le robinet supérieur du gazomètre, on en ouvre le robinet inférieur, et l'on abaisse la cuvette jusqu'au bas du tube. Il se produit dans le gazomètre un dénivellement dû à la raréfaction de l'air.

On incline à plusieurs reprises le générateur de façon à mettre les liquides en contact (en ayant soin de ne point faire couler de liquide dans l'œil du tube formant son bouchon), et on laisse reposer le générateur dans son anneau de support. On mélange un peu plus tard une ou deux fois encore.

e) Quand le niveau du mercure est bien fixe dans le ga-

zomètre et que l'on a ainsi acquis la certitude d'un dégagement complet de l'azote urinaire, on soulève alors la cuvette jusqu'à ce que son ménisque mercuriel soit exactement à la hauteur de celui du gazomètre. L'affleurement ainsi obtenu, il ne reste plus qu'à faire la lecture. Soit V' le volume trouvé : ce volume correspond à l'azote de l'urine (a'), de l'acide urique (a''), et de la créatinine (a''').

B. Seconde.

A 50 cc. d'urine non filtrée, l'on ajoute 5 ou 10 cc. (1 ou 2 dixièmes) de sous-acétate de plomb liquide, selon la décoloration à obtenir.

On filtre, et avec 5 c.c. du filtratum, on opère comme précédemment.

En ajoutant à *n* le volume de gaz constaté, 1 ou 2 dixièmes (selon le cas d'après le chiffre d'acétate plombique de la défécation), on a V'', le volume qui correspond à l'azote de l'urée (a'), plus l'azote de la créatinine (a''').

C. Troisième.

A 5 cc. d'urine brute, l'on ajoute 5 ou 10 cc. (1 ou 2 dixièmes) de solution de chlorure de zinc au dixième, plus 5 gouttes de lessive des savonniers (à un 10°) ; on filtre, et avec 5 cc. du filtratum, on opère comme à la seconde et à la première fois.

N' le volume de gaz constaté additionné de 1 ou 2 dixièmes devient V''', c'est-à-dire le volume correspondant à l'azote de l'urée (a') exclusivement.

IV. *Calculs.*

On a donc ainsi 3 équations :

$$V' = a' + a'' + a'''$$
$$V'' = a' + a'''$$
$$V''' = a'$$

D'où l'on dégage successivement les 2 inconnues : azote urique, azote créatinique; l'azote uréique ayant été fourni directement, nous avons déjà dit, par la troisième équation seule.

Reste à traduire ces volumes d'azote en poids de produits azotés correspondants.

Sachant théoriquement et ayant vérifié expérimentalement que $0^{gr},10$ urée contiennent et laissent échapper 37 cc. d'azote; connaissant que $0^{gr},10$ acide urique contiennent et dégagent $26^{cc},4$ du même gaz; tandis que $0^{gr},10$ de créatinine n'en renferment et perdent que $29^{cc},5$: on a tous les éléments du calcul. Pour éviter, toutefois, le calcul à nos lecteurs, nous le donnons tout fait dans les tables ci-dessous, en faisant remarquer que ces tables correspondent à la généralité des cas et que, si exceptionnellement on avait une urine plus riche en urée de 45 gr. par litre, on pourrait alors la dédoubler avec de l'eau distillée comme, en cas contraire, employer 10 cc. au lieu de 5.

Pour éviter toute correction relative à la température et à la pression, on doit, avant une série de manipulations urinaires, avoir soin de prendre comme point de repère le rendement volumétrique en azote de $0^{gr},10$ d'urée pure dans les conditions physiques de l'expérience.

Au cas où, au contraire, on préférerait calculer le volume vrai du gaz dégagé en tenant compte de la pression, de la hauteur barométrique et de la tension de la vapeur d'eau, la formule générale de correction des mesures gazeuses

$$V' = \frac{V}{1 + 0,003665 \times t} \times \frac{H - t}{760}$$

est applicable aux données des tables qui suivent :

A. Table de traduction de l'azote volumétrique en urée pondérable.

Fractions décimes — 0gr,054. Uro-Azotimètre Gautrelet-Vieillard. Urine 5 cc.

Azote en c. c.	Urée par litre en poids.	Azote en c. c.	Urée par litre en poids.	Azote en c. c.	Urée par litre en poids.	Azote en c. c.	Urée par litre en poids.
c. c.	gr.	c. c.	gr.	c. c.	gr.	c. c.	gr.
1	0.54	22	11.88	43	23.22	64	34.56
2	1.08	23	12.42	44	23.76	65	35.10
3	1.62	24	12.96	45	24.30	66	35.64
4	2.16	25	13.50	46	24.84	67	36.18
5	2.70	26	14.04	47	25.38	68	36.72
6	3.24	27	14.58	48	25.92	69	37.26
7	3.78	28	15.12	49	26.44	70	37.80
8	4.32	29	15.66	50	27.00	71	38.34
9	4.86	30	16.20	51	27.54	72	38.88
10	5.40	31	16.74	52	28.08	73	39.43
11	5.94	32	17.28	53	28.62	74	40.00
12	6.48	33	17.82	54	29.16	75	40.54
13	7.02	34	18.36	55	29.70	76	41.08
14	7.56	35	18.90	56	30.24	77	41.62
15	8.10	36	19.45	57	30.78	78	42.16
16	8.84	37	20.00	58	31.32	79	42.70
17	9.18	38	20.54	59	31.86	80	43.20
18	9.72	39	21.08	60	32.40	81	43.74
19	10.26	40	21.60	61	32.94	82	44.28
20	10.80	41	22.14	62	33.48	83	44.82
21	11.34	42	22.68	63	34.02	84	45.37

B. Table de traduction de l'azote volumétrique en acide urique pondérable.

Fractions décimes — 0gr,008. Uro-Azotimètre Gautrelet-Vieillard. Urine 5 cc. + n/10 cc.

Azote en c. c.	Acide urique par litre en poids.	Azote en c. c.	Acide urique par litre en poids.	Azote en c. c.	Acide urique par litre en poids.	Azote en c. c.	Acide urique par litre en poids.
c. c.	gr.	c. c.	gr.	c. c.	gr.	c. c.	gr.
0.1	0.076	2.2	1.666	4.3	3.256	6.4	4.846
0.2	0.152	2.3	1.742	4.4	3,332	6.5	4.922
0.3	0.228	2.4	1.818	4.5	3.408	6.6	4.998
0.4	0.304	2.5	1.894	4.6	3.484	6.7	5.074
0.5	0.380	2.6	1.970	4.7	3.560	6.8	5.150
0.6	0.456	2.7	2.046	4.8	3.636	6.9	5.226
0.7	0.532	2.8	2.122	4.9	3.712	7.0	5.299
0.8	0.608	2.9	2.198	5.0	3.785	7.1	5.375
0.9	0.714	3.0	2.271	5.1	3.861	7.2	5.451
1.0	0.757	3.1	2.347	5.2	3.937	7.3	5.527
1.1	0.833	3.2	2.423	5.3	4.013	7.4	5.603
1.2	0.909	3.3	2.499	5.4	4.089	7.5	5.679
1.3	0.984	3.4	2.575	5.5	4.165	7.6	5.755
1.4	1.061	3.5	2.651	5.6	4.241	7.7	5.831
1.5	1.137	3.6	2.727	5.7	4.317	7.8	5.907
1.6	1.213	3.7	2.803	5.8	4.393	7.9	5.983
1.7	1.289	3.8	2.879	5.9	4.469	8.0	6.056
1.8	1.365	3.9	2.955	6.0	4.542	8.1	6.132
1.9	1.441	4.0	3.028	6.1	4.618	8.2	6.208
2.0	1.514	4.1	3.104	6.2	4.694	8.3	6.284
2.1	1.590	4.2	3.180	6.3	4.770	8.4	6.360

C. Table de traduction de l'azote volumétrique en créatinine pondérable.

Fractions décimales (Nº, 007. Uro-Azotimètre (Gautrelet-Vieillard. Urine 5 cc. + n/10 c.

AZOTE en c. c.	CRÉATININE par litre en poids.	AZOTE en c. c.	CRÉATININE par litre en poids.	AZOTE en c. c.	CRÉATININE par litre en poids.	AZOTE en c. c.	CRÉATININE par litre en poids.
c. c.	gr.	c. c.	gr.	c. c.	gr.	c. c.	gr.
0.1	0.067	1.6	1.080	3.1	2.101	4.6	3.124
0.2	0.134	1.7	1.147	3.2	2.168	4.7	3.191
0.3	0.201	1.8	1.214	3.3	2.235	4.8	3.258
0.4	0.268	1.9	1.281	3.4	2.302	4.9	3.325
0.5	0.335	2.0	1.356	3.5	2.369	5.0	3.390
0.6	0.402	2.1	1.423	3.6	2.436	5.1	3.457
0.7	0.479	2.2	1.490	3.7	2.503	5.2	3.524
0.8	0.546	2.3	1.557	3.8	2.570	5.3	3.591
0.9	0.613	2.4	1.624	3.9	2.637	5.4	3.658
1.0	0.678	2.5	1.691	4.0	2.712	5.5	3.725
1.1	0.745	2.6	1.758	4.1	2.779	5.6	3.792
1.2	0.812	2.7	1.825	4.2	2.846	5.7	3.859
1.3	0.879	2.8	1.892	4.3	2.913	5.8	3.926
1.4	0.946	2.9	1.959	4.4	2.990	5.9	3.993
1.5	1.013	3.0	2.034	4.5	3.057	6.0	4.068

V. *Observations.*

L'urine normale, en dehors de l'urée, de l'acide urique et de la créatinine, renferme encore deux autres produits azotés y figurant en proportions notables; nous voulons parler de l'ammoniaque et de l'acide hippurique.

Si nous n'avons pas fait intervenir ces deux corps dans les bases de calculs de notre uro-azotimètre, ce sont les motifs suivants qui nous ont déterminé.

1° Il est aujourd'hui démontré que l'acide hippurique n'est point attaqué, par l'hypobromite de soude, au point de voir son azote se dégager.

2° L'ammoniaque doit être considérée comme un élément complètement oxydé de même ordre que l'urée. Et de fait, séméiologiquement, on constate son augmentation relative dans toutes les maladies où il y a hyperazoturie, (polyurie organique, tuberculose, diathèse hypoacide en général), et au contraire sa diminution toutes les fois que l'azote, au lieu d'arriver en quantité normale au terme urée, s'arrête plus spécialement en oxydation aux termes

inférieurs acide urique et créatinine (arthritisme sous toutes ses formes, diathèse hyperacide en général).

Le coefficient d'oxydation des matériaux azotés de l'urine peut donc se dégager non seulement tout aussi nettement, mais encore mieux de la comparaison du chiffre brut donné par l'urée (chiffre qui comprend aussi l'ammoniaque), avec le chiffre total (comprenant également l'acide urique, la créatinine) qu'on ne le ferait après séparation de l'ammoniaque.

Par la méthode de l'uro-azotimètre, il y en a effet non seulement parallélisme entre les deux groupes ; azote complètement et azote incomplètement oxydés (ce qui, dans l'état actuel de la science urologique, nous semble insuffisant), mais il y a détermination des trois groupes de matières azotées urinaires : à oxydation complète, à oxydation moyenne, à oxydation faible, dont la connaissance permet de nouvelles et fructueuses applications séméiologiques.

REVUE CLINIQUE

Sur un cas de lithotritie,

par M. le docteur Delefosse.

Dans le courant de l'année dernière, les chirurgiens allemands, au congrès chirurgical annuel, discutant le choix de l'opération pour retirer un calcul vésical, se rangèrent en grande majorité, du côté de la taille soit hypogastrique, soit périnéale, basant leur préférence sur les avantages sérieux dont lés pansements antiseptiques ont doté la pratique chirurgicale.

En Amérique et principalement en France, la lithotritie est restée la méthode de prédilection, et le broiement, sous

l'influence du chloroforme, est devenue l'opération courante pour débarrasser les calculeux.

Tous les jours la lithotritie, et surtout la lithotritie telle qu'elle est pratiquée en France, recule ses limites, la taille étant réservée pour certains cas particuliers dont le nombre diminue de plus en plus.

L'observation suivante me paraît mériter d'être rapportée en ce qu'elle montre combien la lithotritie peut rendre de grands services lors même que le volume et la dureté de la pierre feraient pencher la balance du côté de la taille, quand on est en présence d'un malade dont les reins sont en bon état.

M. X..., âgé de 69 ans, m'est adressé en novembre 1888 par M. le docteur G. Piogey, avec prière de vouloir bien pratiquer l'exploration vésicale pour constater un calcul dont la présence paraissait assurée par divers symptômes.

L'examen fait avec une sonde courbe n° 16 en argent, terminée par un bec en acier, révèle la présence d'un calcul d'acide urique, très dur, ayant environ de 7 à 8 centimètres de longueur : la vessie ne peut contenir que 150 grammes de liquide : elle est à parois épaisses et à colonnes : la prostate est très volumineuse et fait saillie dans la vessie : les urines sont claires et normales : les reins ne révèlent rien de pathologique ni à la percussion ni au ballottement (Guyon). L'état général est excellent.

Le malade ne s'est jamais beaucoup aperçu de la présence de son calcul dans le réservoir urinaire : homme de cabinet, il peut rester cinq à six heures sans uriner quand il est assis ou couché : quand il est debout, et cela depuis trois ans environ, ou quand il marche, les envies d'uriner sont plus fréquentes, sans être très douloureuses, et varient de dix minutes à deux heures d'intervalle.. Quelquefois, mais rarement, un peu d'hématurie. Lorsque je l'examinai, M. X... avait, 15 jours auparavant, fait un trajet direct de 48 heures pour venir de Bucharest à Paris sans en être véritablement incommodé. Un cul-de-sac vésical très pro-

fond, où la pierre devait se loger souvent, explique ces légers symptômes peu en rapport avec le volume de la pierre.

La pierre constatée, il restait à décider le choix de l'opération : l'état sain des reins, la grande obésité du malade, obésité qui rendait la taille plus difficile, faisaient pencher M. le docteur Piogey et moi vers la lithotritie : mais la grosseur et la dureté de la pierre, la petitesse de la cavité urinaire et un peu l'irritabilité de la vessie, l'état cardiaque qui ne permettrait pas facilement une longue séance sous le chloroforme, la crainte d'inflammation des lobes prostatiques en saillie dans la vessie par le séjour prolongé des lithotriteurs, engageaient au contraire à faire choix de la taille.

Il fut décidé que l'on emploierait d'abord la lithotritie. quitte, en cas de nécessité, à se rejeter sur la taille périnéale.

Le 2 janvier 1889, je pratiquai la lithotritie avec l'aide de MM. les docteurs Roque et Almeiras, de Menton ; l'anesthésie, vu l'état du cœur, ne put être employée qu'avec les plus grandes précautions et ce n'est qu'après 40 minutes que, sans être complète, elle fut jugée suffisante pour permettre l'introduction du lithotriteur.

J'employai d'abord le brise-pierre à pignon du plus fort calibre; la pierre saisie entre les mors mesurait $7^{cm},2$ de long et $5^{cm},1$ de large. Je dus me servir du percuteur pour entamer le calcul dans les cinq premières prises, puis la séance continua pendant 20 minutes avec le même instrument. Après un repos de quelques minutes, nécessité par l'état du pouls de l'opéré, j'introduisis le brise-pierre Reliquet n° 2 et je fis une nouvelle séance de 20 minutes. suivie d'un repos. Enfin l'opération fut terminée par l'introduction d'une sonde métallique de gros calibre et lavage à la seringue, avec de l'eau boriquée à 4 p. 100.

L'opération dura une heure vingt, après que le malade eut été anesthésié : il avait été employé 200 grammes de chloroforme; très peu de sang pendant l'opération. Trois heures après l'opération, M. X... se trouve très bien, a

toute sa connaissance, ne sent aucun envie de vomir; les quatre jours suivants, aucune trace de fièvre, ni d'élévation du pouls ou de la température, état général excellent; les urines sont très claires: elles ont été teintées de sang les deux premiers jours; le malade se plaint d'envies fréquentes d'uriner, je le sonde quatre fois par jour et chaque sondage amène trois heures de repos: le 4e jour, un lavage avec une grosse sonde métallique entraîne une vingtaine de graviers gros comme des têtes d'épingle : les envies d'uriner sont moins fréquentes. Le 8e jour après l'opération, dernier lavage, le malade étant debout, suivant l'excellente méthode de Caudmont, à peine deux ou trois petits graviers sont ramenés par la sonde.

Le 10e jour, le malade se lève et reprend ses occupations.

Le 16e jour, l'état du malade est le même et la vessie en parfait état; il reste cependant une certaine irritation qui amène encore des envies fréquentes d'uriner. M. le docteur Berlin, de Nice, qui voulut bien me remplacer auprès du malade, fit rapidement cesser ces symptômes par l'emploi de la sonde à demeure et des lavages continus.

Depuis l'opération, vingtième jour, le malade n'a eu aucun accident quelconque, le pouls est très bon, l'état général excellent.

En résumé, une pierre très volumineuse et très dure a pu être extraite par le broiement, en une séance, malgré une chloroformisation incomplète et un réservoir vésical très irritable, sans qu'il en résultât pour l'opéré, âgé de 69 ans, un seul moment de fièvre ni un frisson et qu'il se produisît un accident quelconque, sauf une légère cystite, très vite guérie.

Athérome artériel
Prostatisme chez un homme jeune,

par M. Récamier,
interne à l'hôpital Necker.

Le nommé Dagron, âgé de 40 ans, entre dans le service de M. Guyon le 10 décembre 1888 avec de l'incontinence d'urine diurne et nocturne.

Le malade, qui a toujours été grand buveur de vin de Bourgogne, a joui d'une santé parfaite jusqu'en 1884; à cette époque il s'aperçut qu'il était forcé de faire des efforts assez violents pour commencer à uriner; bientôt, il se met à uriner plus fréquemment, environ toutes les heures le jour, et peu à peu il est forcé de se lever aussi toutes les heures de la nuit.

Un médecin le sonde plusieurs fois, après quoi il reprend sa vie habituelle, urinant toujours plus fréquemment que normalement.

Il y 18 mois, la gêne pour uriner devenant plus grande, un médecin essaye de le sonder, mais il ne peut pénétrer dans la vessie et cesse les tentatives après avoir donné issue à un peu de sang.

A la suite de cela le malade continue à uriner avec peine, et depuis six mois il a une incontinence d'urine absolue; le jour il sent encore le besoin d'uriner, mais la nuit il perd ses urines sans s'en apercevoir, sans se réveiller.

Dernièrement il est entré à la Charité pour se faire traiter; on a cherché à le sonder, mais on n'a pu pénétrer et, voyant que chaque tentative n'aboutit qu'à faire saigner la prostate, on envoie le malade à Necker consulter M. Guyon.

A l'entrée. — Vessie remontant jusqu'à l'ombilic, facile à sentir surtout par le palper bimanuel. Par le toucher rectal on trouve la prostate très développée, surtout très dure; elle est uniformément volumineuse, pourtant le lobe gauche fait une saillie un peu plus accusée dans le rectum.

L'urèthre n'est pas rétréci, et l'explorateur à boule n° 19 arrive facilement jusque dans la région prostatique, mais ne peut aller plus loin; même échec avec une sonde en caoutchouc rouge, et avec une sonde à béquille; après chacun des essais il s'écoule quelques gouttes de sang.

Au moyen du mandrin coudé on fait pénétrer dans la vessie une sonde à béquille n° 19, qu'on laisse à demeure à cause des difficultés du cathétérisme.

Le 10. — Évacuation progressive d'un demi-bassin d'urine le matin, autant le soir; l'urine est claire.

L'examen des reins n'indique ni sensibilité ni augmentation de volume.

11, 12, 13 *décembre*. — L'évacuation continue sans accident.

Le 14. — Vessie vidée complètement. On retire la sonde à demeure.

Le 15. — Plus d'incontinence. Le malade urine volontairement dans l'intervalle des sondages.

Un litre trois quarts en 24 heures.

L'appétit disparu depuis quelques semaines commence à revenir. Le malade sait se sonder maintenant, il va partir en très bon état général.

M. Guyon l'examine complètement pour reconnaître les causes du prostatisme chez un homme aussi jeune, et constate les signes de lésions athéromateuses déjà avancées.

Les artères superficielles sont flexueuses et dures, et donnent la sensation classique de tuyaux de pipe, la temporale, la faciale, la radiale ont des courbes répétées et très accusées; les fémorales sont dures et paraissent avoir perdu toute élasticité.

On sent facilement avec le doigt la crosse de l'aorte dilatée battre à la fourchette sternale, à l'auscultation le second bruit est fortement claqué à la base avec un timbre métallique.

Arc sénile de la cornée commençant à s'indiquer. Le tracé sphygmographique montre le plateau caractéristique

de l'athérome avec une netteté absolue, les artères ont perdu toute élasticité.

Le malade se plaint de ressentir fréquemment des bourdonnements d'oreilles et d'avoir des lourdeurs de tête pénibles. Il n'a jamais perdu connaissance, jamais été paralysé d'aucun membre, et l'examen du système nerveux est négatif.

Comme aspect général, il est amaigri, fatigué, et a bien bien plutôt l'aspect d'un homme de 50 ans que de 40.

Cette observation ne présente en elle-même rien de spécial, c'est l'histoire vulgaire d'un prostatique à la troisième période, l'âge du malade en fait seul l'intérêt.

M. Guyon depuis longtemps déjà insiste sur l'existence constante de l'artério-sclérose chez les prostatiques jeunes comme chez les vieux, et les cas qui montrent l'influence directe de la sclérose généralisée sur le prostatisme ne sont pas rares.

M. Launois, dans sa thèse sur l'appareil urinaire des vieillards, a réuni un certain nombre de ces faits, et une des observations du service de Necker qu'il publie peut être utilement rapprochée de la nôtre.

Un homme de 49 ans entre à l'hôpital avec une incontinence qui d'abord nocturne est devenue permanente ; à l'examen de l'urèthre on trouve plusieurs rétrécissements dans l'urèthre antérieur. Cependant l'état athéromateux avancé des artères radiales et fémorales attire l'attention, et le toucher rectal montre l'existence d'une prostate très volumineuse.

Dans ce cas comme dans celui de notre malade on avait affaire à un athéromateux avant l'âge.

Dans toutes les observations cliniques, dans tous les examens anatomo-pathologiques pratiqués dans le service, la clérose prostatique a été trouvée évoluant de concert avec des lésions athéromateuses des vaisseaux.

L'intérêt du cas dont on vient de lire l'histoire est de bien montrer que les jeunes sujets chez qui on trouve une

hypertrophie prostatique ne sortent pas de la loi commune, et que, chez eux comme chez les vieillards, ce n'est pas là une lésion isolée propre à l'organe, mais un signe local d'un état général spécial, de l'artério-sclérose : autrement dit, d'une sénilité précoce.

De la pierre dans la vessie et de ses rapports avec l'hypertrophie de la rate,

par M. CHARLES WILLIAMS,
chirurgien de l'hôpital de Norfolk et de Norwich (Angleterre).

Mémoire lu à l'Association américaine des chirurgiens des organes génito-urinaires le 19 sept. 1888)
(Traduit par M. le docteur A. RIZAT.)

OBSERVATION. — Thomas P.., âgé de 32 ans, cultivateur, entre dans le service le 24 mars 1888, souffrant d'une pierre dans la vessie. C'était un homme petit et trapu, à système pileux très développé, et d'une bonne constitution. Lorsqu'il se présenta à l'hôpital, on constata qu'il avait les paupières et les conjonctives congestionnées; c'était causé, nous dit-il, par les efforts qu'il faisait pour uriner.

Le malade avait déjà été à l'hôpital dans le service de sir Peter Eade deux ans auparavant.

Il était à ce moment atteint d'œdème inflammatoire et il avait un état semi-myxœdémateux des tissus. L'urine renfermait une grande quantité d'albumine. La face, les mains et l'abdomen étaient œdématiés. La rate était très hypertrophiée et très dure, le foie était également hypertrophié. Il déclara que deux mois avant cette attaque, il avait souffert d'une bronchite aiguë, et que les symptômes d'hydropisie apparurent une semaine avant son entrée. Il resta à l'hôpital plusieurs semaines et, lorsqu'il sortit, sa santé était bien améliorée. L'anasarque généralisée avait disparu, mais la rate était encore hypertrophiée et le foie un peu moins. L'abdomen était généralement dur et enflé.

Lorsqu'il rentra dans le service au mois de mars de cette année, il m'informa que les symptômes de la pierre s'étaient montrés environ un an auparavant; et ils débutèrent par de la fréquence dans la miction, et les envies d'uriner devinrent de plus en plus impérieuses à mesure que le temps s'avançait; et ces symptômes firent place à une impossibilité de pouvoir garder l'urine, qui s'écoulait maintenant goutte à goutte, en lui causant des érosions très douloureuses. Il avait constaté du sable et des graviers dans l'urine depuis six ou sept mois. De temps à autre il y avait du sang. Environ un mois avant son entrée dans le service, il se produisit dans les conjonctives et dans les paupières un épanchement sanguin causé, sans aucun doute, par les efforts que faisait la vessie pour expulser la pierre, plutôt que pour expulser l'urine qui ne pouvait séjourner dans la cavité vésicale.

Il avait toujours été extrêmement sobre, prenant de temps à autre de la bière faible, mais jamais de spiritueux. Il n'avait jamais souffert de paludisme ou de syphilis, ni de fièvre d'aucune sorte. Ses lèvres et ses joues étaient encore très colorées. On pouvait à peine s'imaginer qu'il était très malade, car il n'en avait certainement pas l'aspect, bien que sa peau eût généralement une couleur jaunâtre et ressemblât à de la cire. La vue était bonne; l'appétit mauvais; la langue pâle et légèrement fuligineuse. Les bruits du cœur étaient faibles mais normaux, la poitrine sonore à la percussion; mais le murmure respiratoire était rude à la base du poumon droit.

La rate était extrêmement hypertrophiée; elle s'étendait en dedans à un pouce (2 centimètres et demi) à la droite d'une ligne partant de l'apophyse xyphoïde, et descendant jusqu'à l'ombilic, et en bas à deux pouces (5 centimètres) au-dessous du niveau de l'ombilic; sa surface était lisse et particulièrement dure. On sentait nettement le foie un peu au-dessous de sa ligne normale. L'urine était très acide, d'une densité de 1,015 et renfermant une petite quantité d'albumine. L'œdème

des jambes et des pieds se montrait habituellement vers le soir. En explorant la vessie, on découvrit immédiatement un calcul dur et très gros, on essaya de le mesurer, mais on ne put y parvenir, d'autant plus que la vessie était fortement contractée sur la pierre ; et comme cet organe n'avait conservé aucune quantité d'urine depuis plusieurs mois, je ne jugeai pas prudent de dilater brusquement avec de l'eau un organe qui avait été si longtemps dans cet état de contracture.

L'aspect général du malade et les symptômes particuliers qu'il présentait, montraient d'une façon assez évidente qu'il n'était pas seulement atteint de cette irritation vésicale, mais qu'il était sous l'influence de *leucémie splénique* (*splenic leukœmia*). L'examen du sang montra que les leucocytes dépassaient de beaucoup les globules rouges. Cet état mauvais de l'économie excluait toute idée d'une opération, pour débarrasser le malade de sa pierre, avant que les conditions générales de sa santé fussent dans un meilleur état, et pendant sept semaines consécutives, il suivit différents traitements médicaux, mais sans aucun résultat satisfaisant.

Alors il s'impatienta, et demandait avec instance à être débarrassé de sa pierre, qui le faisait énormément souffrir. A la fin je me rendis à son désir, tout en répugnant, car je le considérais encore, à tous les points de vue, comme étant le sujet le plus déplorable sur lequel on pût pratiquer une opération ; mais dans ces circonstances, la litholapaxie serait peut-être le procédé le meilleur et le plus sûr. Cette opération fut donc pratiquée le 11 mai, après que le malade eut été complètement endormi avec de l'éther. La pierre était dure et rugueuse. Les débris que j'en retirai pesaient 256 grains (15^{gr},36), et se composaient presque entièrement d'acide urique.

Le lendemain il se plaignait de douleurs vives au niveau de la région vésicale et le long de l'urèthre. Il rendit beaucoup de sang, ainsi que plusieurs morceaux de pierre, et il eut des sueurs abondantes pendant plusieurs jours. Le cin-

quième jour, le malade était assez bien pour pouvoir supporter le complément de l'opération, après l'avoir encore endormi avec l'éther, qu'il prit mal; en outre, on eut de la peine à le faire revenir à lui. Les débris pesaient 435 grains (26gr,10) ce qui réuni aux premiers formait 691 grains (41gr,46). Peu après il eut un violent frisson qui dura plusieurs heures. Trois jours après, il se plaignit d'une violente douleur dans la région hypogastrique. Une diarrhée colliquative survint, consistant en selles peu abondantes, et d'une couleur jaune. La température s'éleva à 102° (38°,8), le pouls à 120; la langue était sèche; pas de nausées; les traits étirés; et une grande prostration suivit. Ces symptômes s'accentuèrent de jour en jour, sans qu'aucun traitement pût les amender; et ils finirent par emporter le malade le huitième jour. La diarrhée persista jusqu'à la fin.

L'examen nécropsique de l'abdomen fit constater une assez grande quantité de pus au-dessus de la vessie qui reposait sur le feuillet pelvien du péritoine.

La vessie était ratatinée en une cavité juste assez grande pour contenir la pierre. Ses parois étaient extrêmement épaissies; plusieurs petits fragments de pierre et un peu d'urine louche y restaient encore. La muqueuse était congestionnée, et présentait quelques petites taches blanches. Les plis étaient très proéminents; la prostate n'était pas hypertrophiée. Les reins pesaient à eux deux 14 onces (392 gr.); ils étaient très décolorés. A la coupe, la couche corticale semblait un peu diminuée. Les papilles étaient hypertrophiées, et le bassinet du côté droit était dilaté; en somme ils semblaient tout à fait sains. Le foie pesait 6 livres (2 718 gr.) et était ferme à la coupe. La rate pesait 4 livres et demie (2 038 gr.) et avait contracté des adhérences fibreuses solides à la paroi thoracique. Sa surface était marbrée et, à la coupe, sa structure était serrée et résistante. L'application de teinture d'iode donna une réaction d'un brun rouge très accentué : elle était assurément un bel exemple de dégénérescence amyloïde.

La raison que j'invoque en vous relatant ce fait, est qu'il présente plusieurs traits d'un intérêt considérable, et surtout parce que c'est un cas qui est, si j'ose m'exprimer ainsi, nouveau en chirurgie.

Le nombre d'affections que ce malade a eues en un si court espace de temps est remarquable. Le malade a, avant tout, été atteint d'une bronchite grave; après la guérison de celle-ci survint de l'albuminurie. Il semble qu'il guérit, ou à peu près, de cette seconde affection. On lui trouva une hypertrophie de la rate, laquelle fut suivie d'un état de leucémie et de formation de pierre dans la vessie.

Il m'a été très difficile de m'assurer depuis combien de temps il avait été sujet à l'affection splénique. On savait, d'une façon certaine, qu'il avait eu une hypertrophie de la rate depuis au moins deux ans, d'autant plus que cet état avait été remarqué par sir Peter Eade lorsque le malade était dans son service en 1886; et à cette époque le malade ne se plaignait pas de troubles vésicaux. Il est probable qu'il avait eu une très petite pierre dans la vessie, peut-être même qu'il n'en avait pas. Quoi qu'il en soit, le calcul ne remontait pas au delà de plus de deux années, ou un peu plus, et ne devait pas peser moins de 12 drachmes (21gr,24) en y comprenant la poussière rendue en même temps que l'urine, et les fragments trouvés dans la vessie : il était entièrement formé d'acide urique et d'urate d'ammoniaque.

Je n'ai pas besoin de dire que, pour un calcul vésical, le développement en a été extraordinairement rapide ; mais l'explication de ce fait tient à cette particularité : à savoir que dans le cas d'hypertrophie de la rate, surtout chez les malades qui souffrent d'anémie, on trouve habituellement une très grande quantité d'acide urique dans l'urine.

Senator, dans l'*Encyclopédie de médecine* de Ziemssen, vol. XVI, fait remarquer « qu'on a beaucoup de raisons pour croire que la rate est, sinon la seule, du moins la plus importante source d'acide urique, et lorsque l'or-

gane est hypertrophié, l'acide urique est produit en quantité beaucoup plus considérable que d'habitude : ce que nous observons dans l'anémie splénique ». Ranke a trouvé que, dans des cas semblables, l'acide urique est augmenté de moitié (de 0,648 il monte à 0,915 p. 1 000). Pettenkofer et Voit ont trouvé que la moyenne d'acide urique chez cinq adultes était de 0,872 tandis que chez un malade atteint de leucocythémie il était de 1,424, c'est-à-dire augmenté de 64 p. 100. Ossikoosky a également trouvé de l'augmentation, l'excrétion était en moyenne de 22 grains ($1^{gr},32$) dans les vingt-quatre heures. Semblable augmentation a été observée par Schmuziger et par Berell. Dans le cas de ce dernier, un garçon âgé de 17 ans rendait $18^{gr},28$ dans les vingt-quatre heures ($1^{gr},082$), tandis que pour un garçon de la même taille et du même poids, et se nourrissant modérément, la moyenne était, selon Perkes, de 6 grains ($0^{gr},36$). Bartels a trouvé un cas dans lequel l'augmentation était énorme, l'excrétion quotidienne était de $4^{gr},2$ (70 grains).

La formation d'une pierre si volumineuse dans un si court espace de temps, trouve alors une explication rationnelle, car le développement dans les cas ordinaires, ainsi que feu John Green Crosse l'a observé et mentionné, est d'environ 2 drachmes par an ($3^{gr},54$).

Le second point présente un caractère d'un très grand intérêt et a une signification très importante, surtout pour le chirurgien qui veut opérer. Dans la *leucéménie splénique* ou *anémie*, le sang est privé d'un très grand nombre de globules rouges, tandis que le nombre des leucocytes est beaucoup augmenté : dans des cas semblables il y a une très grande prédisposition aux hémorrhagies, et la conséquence est que les malheureuses personnes qui sont atteintes de cette affection sont des sujets en mauvaise condition pour pouvoir tenter sur eux une opération grande ou petite. Le peu de vitalité du sang, et la tendance à la désagrégation des tissus rendent leur guérison à peine possible. Et même l'opération

adoptée dans le cas actuel ne semble pas particulièrement offrir de la sécurité.

Ce fait singulier que les sujets atteints de leucocythémie succombent ordinairement à une hémorrhagie mortelle après les opérations, n'a pas encore été reconnu par les médecins, et encore moins par les auteurs qui traitent de la chirurgie pratique. J'ai fait des recherches dans un grand nombre d'ouvrages de chirurgie et de journaux, et la seule allusion que j'aie pu trouver sur ce sujet a été faite par sir Joseph Fayrer dans le *Medical Times* de 1874 ; dans ce travail l'auteur parlant des habitants anémiés des pays paludéens fait observer que « dans ces cas, les plaies les plus légères ont été suivies de gangrène ou d'hémorrhagie ». Plus loin il dit que : « Les opérations chirurgicales, sauf celles qui sont urgentes et nécessaires pour sauver la vie, devraient être évitées avec une constitution semblable, à cause de la grande tendance aux hémorrhagies, à la gangrène ou à l'embolie. » Ces remarques ont une grande valeur, bien qu'elles s'appliquent plus particulièrement aux Indiens.

La terminaison malheureuse de mon cas confirme amplement l'exactitude des remarques de sir Joseph Fayrer. Il y avait évidemment une grande prédisposition à l'hémorrhagie, ainsi que le prouve la suffusion sanguine dans les conjonctives et dans les paupières, aussi bien que les hémorrhagies vésicales. Ce n'est qu'en présence de cette nécessité urgente que je tentai de sauver le malade, et encore il succomba.

Dans l'espoir d'obtenir d'autres renseignements sur cet important sujet, je fis appel à mes confrères et je les priai de me répondre dans la *Lancet* du mois de mai de cette année. La seule réponse que je reçus vint de mon collègue M. Cadge, qui eut l'obligeance de m'adresser des notes sur deux faits très instructifs qu'il avait pu observer. M. Cadge dit qu'en 1861 il donnait des soins à un confrère, son ami, présentant des troubles douloureux occasionnés par une pierre.

Le malade était âgé de 54 ans, très corpulent et asthmatique. Trois ans auparavant on avait fait une tentative infructueuse de lithotritie; la pierre avait été brisée, mais n'avait pu être enlevée. Le malade continuait à souffrir. avait constamment de violentes douleurs vésicales et de la cystite.

On enleva deux grosses pierres. L'opération fut difficile, car les tenettes glissèrent plusieurs fois. Il y eut une hémorrhagie abondante, mais peu sérieuse. On ne mit pas de tampon. Le malade mourut deux jours après l'opération. La prostate avait été nettement divisée. La vessie était contractée, la muqueuse épaisse et congestionnée; la couche musculeuse épaissie, les uretères, les bassinets et les tubes droits extrêmement dilatés. La rate avait un volume énorme, elle était presque aussi grosse que le foie.

Le second cas se présenta en 1866. C'était un homme de 64 ans, goutteux, au teint florissant, presque pourpre. On retira la pierre par la taille médiane. L'opération fut facile et rapidement faite; et il n'y eut pas hémorrhagie immédiate.

Celle-ci survint peu d'heures après, probablement des veines prostatiques; elle ne se fit pas au dehors, mais elle remplit la vessie, et les caillots furent fréquemment retirés. Elle cessa au bout de vingt-quatre heures, et l'urine devint alors limpide.

Le malade sembla aller aussi bien que possible pendant quatre jours. Le cinquième jour il fit un repas de mets indigestes, à la suite duquel il éprouva de l'oppression, et peu d'heures après il eut un frisson violent suivi de sueurs; les frissons se montrèrent tous les jours ou tous les deux jours. Il eut du délire et il mourut quinze jours après l'opération, probablement de pyohémie.

A l'autopsie la vessie semblait être saine; la muqueuse pâle; les environs de la prostate un peu congestionnés; mais nulle part on ne trouva de pus. Les reins étaient gros et congestionnés. L'un d'eux contenait deux ou trois petites

pierres et présentait de la pyélite. Le foie était hypertrophié et congestionné ; la rate avait cinq ou six fois le volume normal, tachetée de sang, ramollie, et se laissait facilement déchirer.

M. Cadge ajoute : « J'ai toujours été très incertain sur la cause exacte de la mort de ce malade. Les symptômes étaient ceux de la pyohémie, mais l'évolution de ce cas ne concordait pas avec cette manière de voir. »

Ces deux cas montrent clairement ce fait : que les individus qui peuvent être sujets à une hypertrophie de la rate sont exposés à des dangers sérieux, si on pratique sur eux une opération chirurgicale ; il en est de même de ceux qui sont atteints de leucémie splénique : chez eux la tendance aux hémorrhagies est si grande que c'est à peine si on est autorisé à pratiquer sur eux la moindre opération. En concordance avec cette manière de voir, sir Joseph Fayres dit dans une communication particulière : « Dans le cas d'hypertrophie de la rate, j'éviterai toute espèce d'opération qui ne serait pas absolument nécessaire pour sauver la vie ou pour soulager les souffrances, lors même qu'il n'y aurait pas de leucocythémie ou d'anémie apparentes. » (*New-York med. Journ.* 29 sept. 1888.)

REVUE DES JOURNAUX

PRESSE ALLEMANDE

1° Greffe pour la restauration de la partie périnéale de l'urèthre, par M. Meusel. — Un garçon de 8 ans se fit, par une chute sur le périnée, une rupture complète de l'urèthre. La guérison eut lieu, autour d'une sonde à demeure. Mais quelques semaines après l'enfant revint, avec un rétrécissement infran-

chissable. L'uréthrotomie externe fut pratiquée : quelques mois après, le rétrécissement était à nouveau infranchissable, et accompagné de fistule. Alors Meusel excisa la masse cicatricielle et, devant l'impossibilité de suturer les deux bouts, il interposa entre eux une gouttière épidermique formée par le feuillet interne du prépuce disséqué. Quatre points de suture au catgut fixèrent cette greffe. Le résultat a été bon. (On rapprochera ce travail de celui de Wœlfler, dont nous avons fait mention dans le dernier n° des *Annales*, 1889, p. 46.) L'auteur termine par la relation de 10 uréthrotomies externes. Il pense que l'on peut souvent se passer de la sonde à demeure après cette opération (*Heilung einer ausgedehnten Harnröhrenzerreissung durch Ueberpflanzen des inneren Vorhautblattes*, in *Berl. klin. Woch.* 1888, n° 29, d'après *Centr. f. Chir.* 1889, p. 55).

2° Uréthrorrhaphie, par M. Socin. — Les trois opérations ont été faits pour lésions traumatiques par chute à califourchon. Dans le premier cas, il y avait rupture concomitante de la peau, la suture fut possible quoique l'écartement des deux bouts fût de 6 centimètres. Chez les deux premiers sujets, la plaie extérieure ne fut pas suturée, mais tamponnée à l'iodoforme. Chez le troisième, garçon de 11 ans, il s'agissait d'une rupture cicatrisée, avec rétrécissement. Socin fit la résection de l'urèthre puis sutura et l'urèthre et la peau. Les trois malades ont guéri avec un bon canal (*Ueber Urethroraphie*, in *Korresp. blatt für schweizer Aerzte*, 1888, n° 15, d'après *Cent. f. Chir*, 1889. p. 55).

3° Incontinence nocturne de l'urine, par M. Oberlænder. — L'incontinence nocturne des garçons et des filles n'est pas une simple névrose. C'est un phénomène réflexe ayant son origine dans l'urèthre. La preuve en est, par exemple, dans les nombreuses guérisons qui suivent la circoncision, la libération des adhérences préputiales, la dilatation d'un méat uréthral trop étroit. D'ailleurs, des affections analogues peuvent siéger en d'autres points du canal. Jusqu'à la puberté, les anomalies peuvent disparaître ; mais c'est parfois pour se manifester à nouveau pendant l'évolution d'une maladie acquise de l'organe ou d'une faiblesse nerveuse et musculaire générale et d'une capacité fonctionnelle moindre de tout le système. Chez l'adulte, l'incontinence est

rare dans ces conditions : cela tient à la musculature puissante de la vessie. A sa place se voit d'autant plus souvent un autre acte involontaire : la pollution nocturne. Le traitement recommandé par Oberlænder, lorsqu'il n'y a pas de cause évidente, est la dilatation de l'urèthre postérieur (*Zur Aetiologie und Behandlung der Enuresis nocturna bei Knaben*, in *Berl. klin. Woch.* 1888, nos 31 et 32. D'après *Centr. f. Chir.* 1889, p. 32).

4° URÉTHRITES NON BLENNORRHAGIQUES, par M. BOCKHART. — En quatre ans, Bockhart a observé 15 malades affectés d'uréthrite non blennorrhagique et ayant cependant contracté l'infection dans un vagin. Ils ont guéri en cinq ou dix jours. L'écoulement était muco-purulent, moins épais que celui de la blennorrhagie. L'épididymite peut compliquer l'affection. La bactériologie démontre que, dans ces cas, le gonocoque de Neisser est absent. Bockhart pense que des micro-organismes divers peuvent agir ici. Dans un cas, il a isolé un staphylocoque spécial (*Ueber die pseudo-gonorrhoische Entzündung der Harnröhre und des Nebenhodens*, in *Monatsh. f. prakt. Dermat*, d'après *Deutsche med. Woch.* 1888, n° 52, p. 1077).

5° CHIRURGIE VÉSICALE, par M. BENNO SCHMIDT (*hypertrophie prostatique* et *tumeurs de la vessie*). — L'auteur relate d'abord l'observation de deux hommes (de 67 et 72 ans) atteints de calcul vésical avec *hypertrophie prostatique*, cystite chronique et rétention d'urine ancienne. Après taille hypogastrique, il a extirpé avec l'anse galvanique la partie de prostate qui faisait saillie dans la vessie. Les deux malades ont été améliorés de leur cystite, mais la miction n'est pas redevenue volontaire.

Viennent ensuite trois observations de tumeur de la vessie : un cancer avec métastases ; un papillome ; un myome associé à des végétations papillaires (*Beiträge zur Harnblasenchirurgie*, d'après *Centr. f. Chir.* 1888, p. 969).

6° TAILLE HYPOGASTRIQUE INTRA-PÉRITONÉALE, par M. RYDYGIER. — L'auteur a déjà fait paraître une note sur ce point (*Wiener Med. Woch.* 1888). Il y revient devant le congrès des médecins polonais, à Lemberg (juillet 1888). Il pense qu'on peut sans crainte traverser le péritoine pour aller extraire les pierres vésicales par

une vraie laparotomie. La facilité avec laquelle se font les adhérences péritonéales assure le succès (*Deutsche med. Woch.* 1888. n° 52, p. 1076).

7° **Néphrectomie. Lésions aiguës du rein opposé**, par **M. Frænkel**. — A la suite d'une néphrectomie faite par Max Schede, pour pyonéphrose, la mort survint brusquement au troisième jour. sans autre accident qu'une diurèse insuffisante. A l'autopsie, on ne constata pas d'autre lésion macroscopique qu'une anémie du rein respecté. Mais au microscope il fut facile de voir que la région labyrinthique se colorait mal et que, les autres tissus étant normaux, les cellules épithéliales y étaient atteintes d'un gonflement notable avec disparition complète ou tout au moins effacement considérable du noyau. Cette lésion doit être rangée dans les « nécroses par coagulation », telles qu'on les observe dans le rein à la suite des intoxications, et il est probable qu'ici l'action des antiseptiques est en cause (*Ueber acute Parenchymdegeneration der zurückgebliebenem Niere in einem Falle von Nierenexstirpation*, in *Deutsche med. Woch.* 1888, n° 48, p. 985).

8° **Néphrectomie pour pyo- et hydro-néphrose**, par **M. O. Christie**. — Relation de deux opérations. Le premier cas concerne une femme de 59 ans, atteinte depuis de longues années de rein flottant à gauche, avec crises temporaires de coliques. Au début de cette année (1888) survinrent des accès douloureux, avec hypertrophie du rein et sensibilité à la pression. Puis fièvre et frissons qui depuis le mois de mars devinrent quotidiens. A la fin de mars, une tumeur remplissait tout le flanc gauche, de l'os iliaque au rebord costal. Il n'y avait dans l'urine qu'une trace d'albumine. L'opération fut faite le 23 mars, à l'aide d'une incision médiane antérieure. Fente horizontale du feuillet externe, très distendu, du mésocolon. Ponction de la tumeur qui, une fois vidée d'un pus très clair, est enlevée tout entière. Ligature isolée des vaisseaux et de l'uretère. Suture à la peau de la boutonnière du mésocolon, tamponnement iodoformé. Guérison en 5 semaines. Le rein est transformé en une poche contenant 2 litres et demi.

La seconde observation est celle d'une femme de 42 ans qui

depuis son enfance souffrait de douleurs abdominales et de difficulté à retenir son urine. A 25 ans elle se maria, mais resta stérile. Peu à peu le côté droit gonfla et devint très douloureux. Lorsque la malade entra à l'hôpital, on y trouva une tumeur grosse comme le poing, élastique, assez mobile, sensible à la pression. Urine normale, opération semblable à la précédente, sauf pour les derniers temps. La cavité artificielle s'affaissait bien en effet, et tout fut suturé sans tamponnement ni drainage. La tumeur contenait deux litres d'un liquide jaune trouble, acide, de densité 1,008, riche en chlorures avec des traces d'albumine, sans urée. Guérison (*Medicinsk Revue*, juin et octobre 1888, en norvégien, d'après *Centr. f. Chir.* 1889, p. 54).

9° HÉMATOCÈLE VAGINALE, par M. FLOTHMANN. — L'histoire de ce malade, âgé de 51 ans, est celle d'une hématocèle classique; gonflement brusque et douloureux, après quatre ans de tumeur scrotale grosse comme le poing. La castration fut pratiquée et elle permit de constater que la poche péritesticulaire était en communication avec la cavité abdominale (*Hydrocele communicans mit Hämatoma Scroti*, in *Berl. Klin Woch.* 1888, n° 28, d'après *Centr. f. Chir.* 1889, p. 56).

Dr BROCA.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Société des sciences médicales de Lyon.

DE LA BLENNORRHAGIE CHEZ LA FEMME, par le docteur HORAND, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille (*Séance d'octobre* 1888). — Ce fort intéressant travail commence par quelques aperçus sur la nature de la blennorrhagie et sur l'historique de la théorie microbienne, dont M. Horand se déclare tout d'abord un partisan convaincu. Il entre ensuite dans certains détails tout à fait pratiques sur la manière de recueillir le pus blennorrha-

gique dans l'urèthre, le vagin, l'utérus, etc., d'en faire des préparations micrographiques, et d'étudier ces dernières.

« La recherche du gonococcus, dit M. Horand (et il le démontre), ne présente pas la moindre difficulté chez la femme, et elle est absolument indispensable pour connaître la nature d'un écoulement : dans ce cas, le microscope est aussi indispensable que le thermomètre lorsqu'il s'agit de la fièvre. Quand on constate dans un écoulement vulvaire, uréthral, vaginal, utérin, anal ou oculaire, la présence du gonocoque, on peut affirmer que cet écoulement est blennorrhagique et par conséquent éminemment contagieux. Dans le cas contraire, l'écoulement peut être le résultat de causes diverses, irritatives ou constitutionnelles ; mais il n'est ni infectieux ni contagieux... »

Mais la partie la plus intéressante et la plus originale de ce travail est celle qui a trait aux diverses localisations de la blennorrhagie chez la femme et la petite fille. M. Horand a eu à sa disposition, à cet égard, un champ de recherches des plus vastes dans son service hospitalier à Lyon, puisque, de 1882 à 1888, il a pu examiner 5 090 femmes et 764 petites filles.

De ces examens, il résulte, pour l'auteur, que la blennorrhagie, considérée chez la femme au point de vue de ses localisations, a pour siège par ordre de fréquence : l'urèthre, le vagin, les glandes de Bartholin, l'utérus et l'anus. L'examen de 483 femmes lui a en effet donné les chiffres suivants :

Urèthre	140
Vagin	20
Glandes de Bartholin	15
Utérus	6
Anus	4

La blennorrhagie siège souvent à la fois dans plusieurs é gions, mais elle peut aussi rester localisée sur une seule rmuqueuse; et elle l'a été 124 fois sur ces 483 femmes de la façon suivante :

Urèthre	114
Vagin	7
Glandes de Bartholin	2
Utérus	1
Anus	1

Sur 85 petites filles, examinées au point de vue de l'existence d'abord et du siège ensuite de la blennorrhagie, 65 avaient un écoulement avec gonocoques, qui siégeait dans les régions indiquées ci-dessous :

Vagin	33
Yeux	11
Urèthre	9
Vulve	8
Anus	4

Dans ces 65 cas, l'écoulement blennorrhagique n'était pas toujours limité à une seule région, et c'est seulement dans 31 cas qu'il avait pour siège unique le vagin (20 fois) ou l'œil (11 fois). Chez la petite fille, l'affection ne semblerait jamais se localiser uniquement à l'urèthre, à la vulve et à l'anus.

M. Horand conclut donc de ses recherches personnelles que le siège de la blennorrhagie est l'urèthre chez la femme et le vagin chez la petite fille, et que le processus morbide, tout en pouvant se cantonner dans une seule région, envahit le plus souvent plusieurs muqueuses à la fois.

Le travail se termine par diverses considérations sur deux complications rares de la blennorrhagie chez la femme : le rhumatisme et l'ophthalmie. Cette dernière est au contraire à peu près inévitable chez le nouveau-né d'une blennorrhagienne, si l'on n'a pas soin, dès sa naissance, de lui instiller dans les yeux quelques gouttes d'un collyre au nitrate d'argent suivant la méthode de Crédé.

A propos de nitrate d'argent, M. Horand déclare préférer de beaucoup ce médicament à tous les autres agents antiseptiques ou microbicides dans le traitement de la blennorrhagie chez la femme. Les injections d'une solution de ce sel (0,30 pour 100 grammes d'eau distillée) ou l'introduction rapide d'un crayon dans le canal guérissent vite et bien les uréthrites les plus rebelles. Pour le vagin, l'utérus, l'anus et l'œil, c'est encore le nitrate d'argent le meilleur des antigonocoques préconisés jusqu'à ce jour, le sublimé notamment. Quant à la vaginite blennorrhagique des petites filles, elle se traite efficacement par de fréquentes irrigations chaudes avec une solution boriquée à 10 pour 1 000 et des insufflations de poudre d'iodoforme dans le vagin.

M. Vinay, à l'occasion de la communication de M. Horand, présente diverses considérations, pleines d'intérêt, sur la blennorrhagie des femmes enceintes, qu'il a été à même d'observer à la Maternité de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et entre autres sur le rhumatisme ou plutôt l'arthrite d'origine gonococcienne pendant la grossesse. Il traite aussi longuement la question de l'ophthalmie des nouveau-nés et de l'efficacité du nitrate d'argent employé suivant la méthode de Crédé.

M. Granclément parle à peu près dans le même sens que M. Vinay, dont il partâge les opinions, sauf sur un point. Il admet en effet la distinction des ophthalmies des nouveau-nés en catarrhale et gonorrhéique.

M. Vincent est aussi de cet avis.

M. Eraud a fait sur le même sujet que M. Horand des recherches qui l'ont conduit à des conclusions sensiblement différentes relativement au siège habituel des gonocoques chez la femme atteinte de blennorrhagie.

Du reste, les opinions sont bien partagées sur ce point. C'est ainsi que, pour Steinschneider, le siège primordial et essentiel des microbes serait l'utérus, puis l'urèthre. Pour Zeissl, ce serait le vagin, puis la vulve et l'utérus, l'urèthre étant rarement affecté. On a vu plus haut les statistiques de M. Horand. M. Aubert admet que le gonocoque vit seulement dans l'urèthre et l'utérus. Pour M. Eraud, il n'y a pas de doute : c'est l'urèthre qui est le vrai siège d'élection du gonocoque; quant à la vaginite blennorrhagique, elle n'existe pas ou que très exceptionnellement, puisqu'il ne l'a rencontrée que trois fois sur 200 cas; et encore elle n'existe pas en tant qu'entité morbide isolée, mais toujours secondairement à la métrite.

Trois ordres de faits prouvent que la vaginite blennorrhagique est plus que rare, si tant est qu'elle existe :

1° L'anatomie démontre que le vagin est dépourvu de glandes, qu'il est recouvert d'un épithélium pavimenteux, épais, stratifié et à vaisseaux lymphatiques peu développés et peu nombreux.

2° D'après l'examen des sécrétions physiologiques, on voit que, normalement, la muqueuse vaginale ne sécrète pas : le produit qu'on y rencontre résulte de l'accumulation des cellules épithéliales. Si on examine concomitamment la sécrétion recueillie dans la partie antérieure du vagin, et dans sa partie

postérieure, on s'assure au microscope, que cette sécrétion est de composition identique, alors qu'à l'œil nu il semblait y avoir des différences. On ne trouve jamais dans la sécrétion vaginale de globules purulents : ces derniers, quand on les y constate, proviennent de l'utérus. C'est ce dont on s'assure par le moyen suivant : l'obturation du col utérin et l'examen comparatif de la sécrétion contenue dans chacun des culs-de-sac. L'obturation du col n'est pas un moyen bien fidèle, d'autant que cette obturation n'est pas aisée à faire complètement. Mais le second moyen donne des résultats plus précis. Si, en effet, on soumet à l'examen microscopique la sécrétion contenue dans le cul-de-sac antérieur, on trouve en général des globules purulents associés aux cellules épithéliales; au contraire dans le cul-de-sac supérieur, il n'y a que des cellules épithéliales; et dans les culs-de-sac latéraux, une composition intermédiaire à celle des deux autres. Le terme de vaginite est impropre, car ce n'est pas une inflammation, pas plus qu'on ne peut appeler *épidermite* la desquamation incessante qui se fait à la surface de la peau. Cette même opinion est partagée par le professeur von Fristch, qui l'exprime à plusieurs reprises, in *Deutsche Chirurgie*, n°s 56 et 60, afférents aux maladies des femmes. Ce n'est pas qu'on doive refuser au vagin le pouvoir de s'enflammer, mais cette inflammation ne consiste qu'en une hypérémie active ou passive, mais sans exsudation de leucocytes.

3° Enfin, l'examen micrographique et comparatif des sécrétions vaginales et utérines montre que, dans les cas de métrite gonococcienne, on trouve plus de globules de pus dans le vagin postérieur que dans le vagin antérieur; on constate en outre que ce n'est que dans ces cas, et encore exceptionnellement, qu'on trouve des gonocoques dans le pus vaginal.

M. Eraud est heureux de se trouver en conformité d'opinion, sur ce point, avec M. Vinay qui n'a jamais trouvé le gonocoque dans le vagin. Il n'y a pas de vaginite sans métrite, tandis que la métrite peut exister sans vaginite : c'est le cas de beaucoup le plus fréquent. Le gonocoque ne vit pas dans le vagin, et les auteurs qui ont cru le trouver ont été trompés par le grand nombre d'autres parasites qui habitent le vagin et qui sont importés de l'extérieur. La recherche du gonocoque dans la sécrétion vaginale est très difficile; la solution de Gram, utilisée

suivant le procédé indiqué par M. Roux, ne donne aucune indication précise.

Quant à la métrite blennorrhagique, elle est très fréquente. Elle existe dans plus de 50 pour 100 des cas. Et si on ne la rencontre pas aussi souvent, c'est que la recherche du gonocoque est difficile, car il y vit peu et y est en petit nombre. Le gonocoque doit être recherché dans les produits sanguinolents résultant du grattage de la muqueuse et non dans les bouchons gélatineux ou purulents qui obturent le col. Le gonocoque occupe surtout le col et rarement le corps : ce dernier n'est envahi qu'à la suite des fausses couches, des grossesses. Quant à savoir si le gonocoque remonte jusque dans l'ovaire, le péritoine, à travers la trompe, c'est une question encore à trancher et qu'il est bon de revoir : ce qui ne pourra être fait qu'à l'aide des autopsies.

Quant aux phlegmons du ligament large, quant aux phlegmons de la paroi abdominale qui, dans certains cas, ont été considérés comme de nature blennorrhagique, cette origine doit être mise en doute, d'autant que le gonocoque n'est pas un microbe pyogène. C'est un microbe qui réagit à sa façon et qui donne lieu à du pus spécifique. D'autre part, on ne peut faire intervenir ici d'autres microbes à fonction pyogène, car ils ne vivent pas dans l'utérus ; d'ordinaire on ne les y rencontre pas, ou tout au moins en fort petit nombre, que la sécrétion soit nettement purulente ou que cette sécrétion soit glaireuse et sanguinolente.

D[r] R. Jamin.

REVUE D'UROLOGIE

1° Recherche du mercure dans l'urine. — L'urine à examiner est acidulée par l'acide chlorhydrique et portée à la température de 60 degrés, puis on la laisse refroidir et on la chauffe de nouveau. On y plonge à plusieurs reprises une feuille métallique mince composée de cuivre et de zinc, sur laquelle le

mercure se dépose. Cette feuille est exposée, après refroidissement et lavage, aux vapeurs d'iode, et l'on voit se former lors de l'iodure et du biiodure de mercure (*Journ. pharmacol, de Bruxelles*, mai 1888, 212).

2° Sur les ferments de l'urine dans diverses conditions pathologiques, par le docteur Leo. — Grützner a attiré l'attention sur l'intérêt que pourrait présenter la connaissance des ferments digestifs éliminés par l'urine. L'auteur s'est efforcé de rechercher s'il existe des relations constantes entre le contenu des urines en pepsine et en diastase (*la trypsine n'y existe jamais*) et les différentes maladies. Pour la pepsine, ces relations n'existent pas; sa présence ou son absence dans l'urine n'a donc point de valeur pour le diagnostic. La puissance diastasique de l'urine a été trouvée augmentée par le jeûne; elle faisait défaut dans la constipation; elle était augmentée dans la plupart des cas de diabète; cette augmentation était plus prononcée dans les cas graves; mais elle n'était pas toujours proportionnelle à la variation du sucre dans l'urine (*Deutsche medizinal Zeitung*, IX, 1888, 155).

3° Recherche de la phénéthydine (phénacétine) dans l'urine, par le docteur Gaiffe. — Si, à une solution acide de phénéthydine, on ajoute du nitrite de soude, il se forme le chlorure de diazophénétol. Ce corps, coulé sur une solution de bisulfonaphtol, donne une coloration rouge cerise qui est une matière colorante. Si, à la solution, on ajoute du sel marin, la matière colorante se précipite et on peut la recueillir pour la fixer sur la laine.

Les choses se passent de même avec la paraacétophénéthydine; cependant les conditions de saponification diffèrent un peu : il faut la porter à l'ébullition avec de l'acide sulfurique très étendu, à 30 degrés Baumé. Ces réactions peuvent constituer un moyen précieux de recherche et même de dosage de la phénéthydine.

Supposons, par exemple, qu'on veuille la rechercher dans l'urine; elle sera évaporée à siccité, puis reprise par l'alcool, qui dissoudra l'acétophénéthydine ; la solution alcoolique, filtrée et évaporée, laissera un résidu qui sera chauffé, deux à trois heures, avec de l'acide sulfurique étendu; l'acétophénéthydine

sera ainsi saponifiée. La solution sulfurique, traitée à très basse température, 5 ou 6 degrés, par un peu d'une solution de nitrite de soude au centième, sera versée, après cinq ou six minutes, sur une solution alcaline de bisulfonaphtol. Cette solution s'obtient en dissolvant du bisulfonaphtol dans de l'eau ammoniacale et ajoutant un excès d'ammoniaque. Point très important : il est nécessaire que la liqueur de phénéthydine et de nitrite de soude soit acide ; que celle de bisulfonaphtol soit alcaline, et que, après le mélange des deux liqueurs, la réaction soit encore alcaline. On obtient alors une réaction colorée caractéristique. Cette réaction servira de moyen de dosage, en comparant, sous un volume connu, l'intensité de coloration obtenue avec un type établi au préalable.

Le dosage sera plus rigoureux, si on précipite la matière colorante et si on la recueille sur un filtre. On la redissout alors dans l'eau, qu'on acidule légèrement; une flanelle blanche, chauffée dans ce bain pendant une demi-heure, fixe la matière colorante. On constituera ainsi une gamme de teintes en variant la proportion de phénacétine pour un même poids de laine. On peut ainsi reconnaître une différence de 4 centigrammes dans les poids de phénacétine employés (*les Phénacétines; leur action physiologique et thérapeutique*. Thèse Fac. méd. Paris, 1888 et *Bull. de thérapeutique*, 30 juillet 1888, 71).

4° RECHERCHE DE LA PHÉNACÉTINE DANS L'URINE, par M. E. RITSERT. — L'auteur a constaté que l'urine, émise après injection de phénacétine, donne, avec l'acide chromique, la même réaction que la phénacétine pure, lorsque celle-ci est chauffée avec l'acide chlorhydrique puis étendue d'eau ; ce qui tend à prouver que la phénacétine, dans son passage à travers l'économie animale, subit la même modification que celle qui résulte de son traitement par l'acide chlorhydrique.

La recherche de la phénacétine dans l'urine s'effectue de la manière suivante :

1° A 2 centimètres cubes d'urine, de réaction acide, on ajoute 4 à 5 gouttes de solution d'acide chromique à 3 p. 100. Au point de contact du réactif, il se produit une coloration brune, qui se communique progressivement à toute la masse liquide.

2° A 2 centimètres cubes d'urine chauffée avec de l'acide chlorhydrique étendu, ou de l'acide sulfurique étendu, on ajoute 1 à 3 gouttes de solution officinale de perchlorure de fer. Dans le cas de la présence de la phénacétine, le liquide se colore en rouge brun.

Si l'urine se trouve être déjà fortement colorée, on la soumet préalablement à un traitement par le charbon animal (*Pharm. Zeitung*, 1888, 456 et *Chemiker Zeitung*, XII, 1888, 220).

5° Note sur une urine « rose », par M. P. Guyot. — L'auteur examine, depuis quelque temps, les urines d'une personne atteinte d'affection des reins et d'une maladie de foie. Il voit chaque fois l'albumine et le glucose qui s'y rencontrent. Deux fois déjà, il a constaté une anomalie dans la teinte du liquide. Après repos et fermentation, il se formait dans le vase un dépôt de nuance rose très pâle, tout à fait différent de celui qui se produit avec l'urine normale. En dosant le sucre à l'aide de la méthode classique renversée, c'est-à-dire en chauffant l'urine rendue alcaline par la potasse, il a obtenu, par refroidissement et avant introduction de la liqueur cuivrique, un dépôt de nuance brun rougeâtre tout à fait anormal.

Le malade n'avait pas fait usage de santonine.

Les quelques recherches exécutées sur cette urine ont prouvé que l'on était en présence d'une matière colorante artificielle tout à fait particulière ; en effet :

1° L'urine chauffée avec du sulfate de magnésie dissout le sel et donne ensuite, par addition de soude caustique, un précipité de magnésie très faiblement teinté. Jeté sur un filtre et lavé à l'eau chaude, ce précipité s'est peu à peu coloré et a fini par prendre une teinte rose assez prononcée, disparaissant en présence de l'acide sulfurique, mais s'avivant avec l'ammoniaque.

2° L'urine et le sous-acétate de plomb donnent un précipité blanc, devenant légèrement rose après lavage et dessiccation à l'air. Un peu de ce précipité, placé sur une plaque de porcelaine *dégourdie*, se dessèche et prend, sous l'influence des vapeurs ammoniacales, une très belle teinte rose; par contre, avec l'acide sulfurique concentré, on obtient un beau bleu.

3° 150 centimètres cubes d'urine ont été placés dans un ballon

avec des filoches de soie; on a chauffé doucement pendant quelque temps. Peu à peu, la soie s'est teintée en chair, en saumon, puis en saumon un peu plus rosé. Au bout d'une heure, la soie retirée du bain a été lavée à grande eau, la teinte est restée. En bain ammoniacal, cette dernière s'est accentuée, mais est passée au *bleu* par traitement avec les acides.

On se trouve, comme on le voit, en présence d'une urine renfermant une matière colorante artificielle, azoïque, qui n'est ni de la sulfo-fuchsine, ni de la roxelline, ni du rouge de Bordeaux. D'où provient-elle? Jusqu'à preuve du contraire, l'auteur croit qu'elle a son point de départ dans les boissons vendues sous le nom de *vin* par quelques négociants du Midi, qui rehaussent la teinte de leur marchandise avec des mélanges colorants divers et plus ou moins offensifs à la longue.

On sait, par les travaux de MM. Bergeron, Clouet, Ritter et Feltz, que la fuchsine ordinaire passe dans l'urine quand on boit des vins qui en contiennent; que les urines sont roses au moment de l'émission, mais qu'elles se décolorent ensuite; enfin qu'elles renferment toujours de l'albumine. Dans le cas actuel on se trouve en présence d'une urine de couleur normale, fournissant un dépôt rose par la fermentation, c'est-à-dire se comportant à l'inverse de la fuchsine, mais accusant aussi la présence de l'albumine.

L'auteur a tenu à signaler ce fait et il engage les chimistes, qui trouvent de l'albumine dans une urine de coloration anormale, à essayer son expérience n° 3, avec une filoche de soie blanche; peut-être y trouveront-ils une précieuse indication. Le vin consommé par la personne ayant émis l'urine examinée sera l'objet d'une autre étude (*Répertoire de pharmacie*, 1888, 94).

6° SUR UNE SINGULIÈRE COLORATION D'UNE URINE, par M. A. PINCHON. — M. Pinchon, pharmacien à Elbeuf, a eu l'occasion d'examiner une urine offrant une teinte particulière qui a fort effrayé le patient. Sa nuance, bien différente de celle d'une urine contenant du sang, est absolument semblable à une dissolution étendue de permanganate de potasse. Il était aussi absolument impossible de la confondre avec les pigments qu'on rencontre dans les urines et ayant pour origine, soit un cas pathologique,

soit un médicament. Des recherches ont été faites toutefois, en ce sens, mais sans résultat.

Cette teinte a pour caractères spéciaux : de devenir fluorescente par l'addition d'alcool en assez grandes masses relatives ; de teindre d'une façon évidente la soie, malgré la faible dose disponible ; de disparaître sous l'action de la plus petite trace d'acide, même faible, l'acide acétique très étendu, l'eau de Seltz même ; elle redevient rosée rougeâtre par les alcalis caustiques, nettement violâtre par les carbonates alcalins ; ramenée par tâtonnements à la teinte jaunâtre par des traces d'acide acétique très dilué lui-même, elle tire au violet par l'eau calcaire : ce sont là des réactions très rapprochées de celles de la phénacétylene, ou d'une couleur de cette espèce.

Fort intrigué de la présence de cette teinte dans l'urine d'un seul sujet, parmi une famille de plusieurs membres ayant passé la soirée ensemble, l'auteur a fait à l'intéressé toutes sortes de questions et il a su que, fort amateur de *bitter*, il avait pris la veille sa boisson favorite et que son régime de boisson est l'eau de Vichy, dont il fait grande consommation. Là, croit M. Pinchon, est le nœud de la question ; il avait dû mêler au *bitter* du curaçao devenant rose à l'eau calcaire (l'expérience citée plus haut, faite sur ce renseignement, paraît confirmer le fait) et éliminer par les urines ce colorant choisi par le fabricant de liqueurs parmi les dérivés de la houille teintant fortement à faible dose, et devenant rose à l'eau calcaire ; le fernambouc jaunit à l'acide citrique et ne donne aucune des réactions ci-dessus.

Si, seule de sa famille, cette personne a émis de l'urine rose, c'est que seule aussi elle a bu de l'eau de Vichy à dose telle que l'urine était légèrement trouble et franchement alcaline. M. Pinchon n'a pu trouver meilleure explication à cette étrange coloration (*Bull. de la Soc. des pharm. de l'Eure*, 1888, et *Union pharm.*, XXIX, 1888, 350).

M. BOYMOND.

REVUE ANALYTIQUE

Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate professées à l'hôpital Necker, par J.-C. Félix Guyon. — (Rec. et pub. par le Dr F.-P. Guiard.) J.-B. Baillière, 1888, Paris.

Donner, aujourd'hui et dans ce recueil, une analyse même succincte du dernier volume publié par M. Guyon, serait commettre une erreur de temps et de lieu. En effet, l'œuvre du maître est à cette heure connue de tous ceux qui ont quelque souci des choses de notre art et, de plus, les lecteurs des *Annales* ont eu, l'an dernier, comme faveur particulière, la primeur de la plupart des leçons composant le nouveau livre de M. Guyon. Aussi bien n'est-ce point un compte rendu que nous voulons donner ici, mais une simple note bibliographique.

Dans cette nouvelle série de leçons, M. Guyon expose ses idées sur quelques points spéciaux de la pathologie vésico-prostatique tels que l'*hématurie dans les rétentions d'urine, la pratique des injections vésicales, le diagnostic des calculs vésicaux, l'extraction des corps étrangers de la vessie, les prostatites, la carcinose prostato-pelvienne diffuse*, etc., etc. Mais les trois questions sur lesquelles notre maître a plus particulièrement localisé son attention, sont l'*intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie*, l'*histoire des prostatiques* et l'*étude complète des cystites*. Cette énumération suffit à montrer l'importance de l'œuvre.

L'actualité de ces questions complexes, la difficulté particulière de leur mise au point, les divergences qui partagent encore nombre de chirurgiens à leur endroit, étaient bien faites pour stimuler chez notre grand et cher maître son besoin incessant d'élucider les points obscurs et de perfectionner nos connaissances. Son but essentiel était, cette fois, de nous « présenter dans son ensemble la description clinique des principales affections de la vessie et de la prostate ». — Ce programme est maintenant rempli, et bientôt, lorsque M. Guyon aura publié, comme il nous l'annonce, les leçons qu'il prépare sur les maladies chirurgicales de l'urèthre et du rein, il aura, pour le grand honneur de notre école française, donné « sa contribution écrite à l'histoire clinique de la majeure partie des affections des organes urinaires ».

Les *Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate* sont conçues sur le même plan que leurs aînées. — Le professeur ne néglige rien pour être complet et bien nous exposer les vues personnelles que lui a inspirées l'étude patiente et réitérée des faits. Il nous le dit lui-même, « ses descriptions devant être analytiques sont par cela même assez longues ». Il est nécessaire qu'il en soit ainsi, car, nous dit-il encore, « la synthèse convient mal à la fidèle reproduction des physionomies morbides, et lorsqu'il s'agit d'affections où chaque détail a souvent une importance capitale, on ne saurait fournir trop de moyens de n'en laisser échapper aucun ». — Rien n'est plus juste, et c'est en adoptant cette ligne de conduite que notre maître a su donner à son enseignement son universelle renommée et à toutes les idées qu'il professe leur grande et légitime portée.

PAUL SEGOND.

BIBLIOGRAPHIE

1888

L'organe de Rosenmüller (époophore) *et le parovarium* (paroophore) *chez les mammifères*, par J. Tourneux. (*Journal de l'anat. et de la phys.* mars.) — *Recherches anatomiques sur la distribution de l'artère spermatique chez l'homme*, par Bimar. (*Comptes rendus Acad. des sciences*, 30 avril.) — *Contribution à l'étude des ptomaïnes et des bases toxiques de l'urine dans la fièvre puerpérale*, par L. Bourget. (*Revue méd. Suisse romande*, VII, 428.) — *Du ferment dans l'urine humaine*, par F. Helwes. (*Arch. f. d. ges. Phys.* Band XLIII, p. 384.) — *Nouvelles études sur les synthèses et la sécrétion des reins*, par Immanuel Munk. (*Arch. f. Path. An. und Phys.*, Band CXI, Heft 3.) — *Recherches anatomiques sur les kystes des reins*, par L. Philippson. (*Id.*)

Traité de l'albuminurie et du mal de Bright, par Lecaché et Talamon. (Paris.) — *Maladie de Bright consécutive à la grossesse*, par Weissbaum. (*Zeitsch. f. Klin. med.*, XIII, p. 368.) — *Valeur pronostique de la faible tension du pouls dans les maladies aiguës des reins*, par W. Broadbent (*Brit. med. J.*, avril.) — *Pathogénie des troubles circulatoires dans le mal de Bright*, par Potain. (*Union méd.*, 16 février.) — *Pathogénie du mal de Bright*, par Gaucher. (*Soc. méd. des hôpit.*, 23 janvier.) — *Anémie calculeuse*, par J. Israel. (*Deutsche med. Woch.*, n° 1, p. 4.) — *Rein kystique flottant*, par Riegner. (*Id.* n° 3, p. 46.) — *Carcinome du rein. Néphrectomie*, par E. Bœckel. (*Gaz. méd. Strasbourg*, avril.) — *De la possibilité et de l'utilité des lavages du bassin et des uretères à travers la vessie*, par Harrison. (*Lancet*, 10 mars.) — *De la résection de l'urèthre dans certaines formes de rétrécissements*, par Poncet. (3e Congr. fr. de chirurgie.) — *Infiltration d'urine par rupture de la vessie, au niveau de la cicatrice d'une ancienne taille hypogastrique*, par J. Albarran. (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 285.) — *Drainage périnéal de la vessie*, par Krysiewicz. (*Deutsche med. Woch.*, n° 6., p. 105.) — *De l'oxalurie*, par F.-V. Ellis. (*Boston med. Journal*, 19 janvier.)

Valeur pronostique de la tension artérielle dans les maladies aiguës du rein (*L'abaissement de la pression est un signe grave*), par W. Broadbent. (*Brit. med. J.*, p. 840, avril.) — *Recherches expérimentales sur la physiopathologique du rein*, par Boccardi et Malerba. (*La Medicina contemporanea*, mars et avril.) — *Observation de néphrite toxique*, par Dumas. (*Loire méd.*, 15 juin.) — *Sur les modifications inflammatoires des glomérules*, par Langhans. (*Archiv. f. pathol. Anat.*, CXII, 1.) — *Néphrite interstitielle, polyurie*, par Loison. (*Lyon méd.*, p. 253, 17 juin.) — *Néphrite suppurée, suite de contusion lombaire sans traces extérieures*, par Sigaud. (*Ibid.*, p. 174, juin. — *Lésions tuberculeuses des capsules surrénales sans pigmentation bronzée*, par Collier. (*Brit. med. Journ.*, p. 645, mars.) — *Un cas de néphrite diffuse aiguë; convulsions urémiques; guérison*, par H. Osgood. (*Boston med. Journ.*, 23 février.) — *Tuberculose du rein simulant un cancer. Nécropsie*, par Howard Marsh. (*Lancet*, 10 mars.) — *Tuberculose rénale unilatérale droite; urétérite descendante et oblitérante, cystite interstitielle, urétéropyélite ascendante gauche*, par N. Hallé. (*Bull. Soc. anat.*, p. 709.) — *Sur l'hypertrophie compensatrice des capsules surrénales*, par Stilling. (*Rev de méd.*, juin.) — *Fleurs sèches de la fève de marais dans les coliques néphrétiques*, par Bouloumié. (*Soc. de méd. prat.*, 15 juin.) — *Pathogénie du*

rein kystique, par Israel, Landau et Kuester. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 364, 30 avril.) — *Contribution à la mécanique des hydronéphroses*, par Hausemann. (*Arch. f. pathol. Anatom. u. Physiol.*, CXII, 3.) — *Lithiase rénale, oblitération de l'uretère gauche. Hydronéphrose du même côté. Anurie absolue. Néphrotomie; guérison*, par Demelin. (*France médicale*, 26 avril.) — *Pyéonéphrite suppurée avec hydronéphrose d'origine calculeuse*, par Faivre. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 15 avril.) — *Néphrectomie pour une pyonéphrose; guérison*, par Dittel. (*Soc. des méd. de Vienne*, 9 mars.) — *Néphrectomie dans un cas de pyonéphrose; guérison*, par Weinlechner. (*Ibid.*) — *Des plaies du rein par coup de feu*, par Miltas. (*Thèse de Paris*, 24 juillet. *Étude clinique et expérimentale sur la néphrorraphie pour rein*, par Vanneufville. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — *Néphrorraphie pour rein flottant: guérison*, par Richardson. (*Boston med. Journ.*, 14 juin.) — *Sarcome primitif de la capsule surrénale droite. Propagation à la veine cave inférieure et à l'oreillette droite. Thrombose de veines sus-hépatiques et apoplexie du foie*, par Pilliet. (*Bull. Soc. anatom.*, p. 716.) — *Cancer primitif du rein gauche. Foyers cancéreux secondaires dans la plèvre et les poumons*, par T.-W. Call Anderson. (*Glasgow med. Journal*, janvier.) — *Sarcome des capsules surrénales*, par Blackburn. (*Journal of Amer. Assoc.*, 31 mars, p. 389.) — *Épithéliome du rein associé à un calcul rénal*, par W. Mac Cormac. (*Brit. med. Journ.*, p. 533, mars.) — *Carcinome du rein. Néphrectomie : mort par thrombose de l'aorte et embolies dans le rein sain*, par Bœckel. (*Gaz. médic. de Strasbourg*, 1er avril.) — *Extirpation d'un rein sarcomateux*, par V. Frisch. (*Soc. des méd. de Vienne*, 23 mars.)

(*A suivre.*)

OUVRAGES REÇUS AU JOURNAL

Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique, publiées sous la direction de M. Charcot, n° 1, 1re année. Paris, G. Masson, 1889.

Revue d'hygiène thérapeutique, n° 1. Dr Descourtis, 1889.

Studio clinico de los tumores de la vejiga, por el doctor Alejandro Settier, Madrid, 1888.

Traité pratique d'antisepsie appliquée à la thérapeutique et à l'hygiène, par MM. les Drs Le Gendre, Barette, Lepage. — Paris, G. Steinheil, 1888, 2 forts volumes.

Traité clinique des maladies des femmes, par M. le Dr A. Martin, de Berlin. — Paris, G. Steinheil, 1889.

Le Rédacteur en Chef, Gérant : Dr DELEFOSSE.

Paris. - Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21805.

ANNALES DES MALADIES

DES

ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Mars 1889.

MÉMOIRES ORIGINAUX

Note sur une bougie filiforme à intérieur métallique,

par M. le docteur Bazy,
Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Les difficultés que l'on rencontre quelquefois pour franchir des rétrécissements étroits du canal de l'urèthre, ou même simplement des canaux irréguliers, quoique passablement perméables, ont fait imaginer un assez grand nombre de moyens. Je ne parlerai que du plus connu et du plus pratique, de celui qui est en même temps le plus souvent couronné de succès; je veux parler de celui qui consiste à se servir d'une bougie dont l'extrémité est disposée en tire-bouchon ou en baïonnette et qu'on fixe dans sa forme en la collodionnant. C'est assurément à ce moyen qu'on a dû les plus nombreux et les plus heureux succès. Aussi est-ce à le perfectionner que je me suis appliqué.

Le plus souvent les rétrécissements ne sont pas aussi étroits qu'on le croit, et on s'aperçoit bien, après qu'on a introduit une bougie filiforme, que celle-ci joue assez libre-

ment dans le canal. Mais que les rétrécissements laissent jouer librement la bougie filiforme, c'est-à-dire soient relativement peu étroits, ou qu'ils soient réellement étroits, on a toujours besoin dans ces cas d'employer de petites bougies, des bougies filiformes, car ces bougies doivent être gardées, et dans le premier cas il faut qu'elles soient assez petites pour laisser librement couler l'urine à leur côté, et dans le second cas elles seules peuvent être introduites.

Mais la petitesse de ces bougies leur enlève toute résistance, de sorte qu'au moindre obstacle qu'elles rencontrent elles butent et ne peuvent glisser sur lui ; car les pressions que l'on exerce par l'intermédiaire de cette tige par trop flexible, presque aussi flexible qu'un fil, n'ont d'autre résultat que de recourber la bougie, de l'entortiller sans la faire avancer d'un millimètre : cette flexibilité est telle qu'elle est encore plus grande que la résistance, très minime cependant, que détermine le frottement de l'extrémité de la bougie. Et cela est si vrai que l'on pourra quelquefois aller plus loin avec une bougie plus forte, parce qu'elle sera plus résistante et qu'on pourra ainsi la faire triompher de résistances plus grandes. Mais cette dernière bougie sera trop grosse pour pénétrer dans le rétrécissement et l'on tournera ainsi dans un cercle vicieux.

On restera donc assez souvent devant un rétrécissement sans pouvoir le franchir. On a beau dire et répéter que le chirurgien, en présence d'un cathétérisme difficile et surtout d'un cathétérisme pour rétrécissement, doit déposer son amour-propre, comme il fait de son chapeau, en entrant : il n'en reste pas moins vrai que l'on désire toujours ne pas mettre son amour-propre en jeu et rendre fructueuses les tentatives plus ou moins nombreuses que l'on a faites. Il est toujours pénible de constater un insuccès, et cela d'autant plus que quelquefois l'on est considéré comme l'homme devant qui tout cède, pour qui le cathétérisme n'a plus de secrets, etc. De son côté, le malade qui urine très mal ou n'urine pas du tout ne se considérera comme sauvé que

quand on lui aura passé jusque dans la vessie un instrument, quelque petit qu'il soit. Sans compter que, dans la très grande majorité des cas de rétention complète consécutive à un rétrécissement, la bougie filiforme à demeure est le meilleur moyen de vaincre cette rétention, et le seul de préparer le canal à une intervention ultérieure.

Même avec un canal perméable, il sera toujours agréable de passer le plus promptement possible. Il est arrivé quelquefois, même aux chirurgiens les plus experts, de rester 8 jours, 10 jours, 15 jours et même un mois devant un rétrécissement étroit; sans pouvoir le franchir. Or on fait perdre du temps au malade, involontairement je le veux bien; mais de plus, par la répétition des tentatives, on l'expose à des accidents, à de petites déchirures, à des infiltrations d'urine, comme j'en ai vu des cas, à des fissures, etc. L'idéal évidemment serait de réussir à la première tentative : tout serait bénéfice, et pour le malade, et pour le chirurgien.

Je crois que cet idéal ne peut être atteint avec les bougies filiformes ordinaires à bout tortillé, collodionné, etc., etc., que nous avions entre les mains.

C'est pour m'en rapprocher que j'ai fait construire par M. Vergne, notre habile fabricant de sondes, des bougies filiformes qui me paraissent réunir les conditions qu'on leur demande : résistance assez grande à la pression longitudinale, c'est-à-dire rigidité suffisante, ce qui n'exclut pas la souplesse et la malléabilité, et aussi un calibre assez petit pour franchir les rétrécissements les plus étroits.

J'étais assez en peine de trouver une matière qui pût réunir ces conditions lorsqu'en visitant la fabrique de M. Vergne, je mis la main sur un fil métallique que ce fabricant avait essayé pour des usages particuliers et qui me parut convenir parfaitement à mon cas. Je priai donc M. Vergne de se servir de ce fil métallique, de composition complexe, paraît-il, pour en faire le mandrin ou le squelette de bougies filiformes.

Ces bougies sont donc constituées par un tissu de fil de soie tissé autour de ce fil métallique. Celui-ci n'arrive pas en général à l'extrémité qui, sur une étendue variant de un demi-centimètre à un centimètre et même un centimètre et demi, est uniquement constituée par le tissu de soie recouvert de gomme. De cette manière, l'extrémité est souple et suffisamment élastique et ne risque pas d'offenser la muqueuse uréthrale, même en insistant un peu.

J'ai cependant fait faire, tout en les recommandant très peu, des bougies où le mandrin métallique arrive jusqu'à la moitié de l'olive formant l'extrémité de la bougie; elles peuvent rendre service dans quelques cas; mais il faut avoir, pour les manier, une délicatesse de toucher que l'on comprend aisément.

Ces bougies ont encore un autre avantage, c'est qu'on peut instantanément leur donner la forme que l'on veut, les tortiller en spirale, les disposer en baïonnette, les courber, etc., etc., elles gardent leur forme. C'est un avantage qui n'est pas à dédaigner dans certains cas.

Pour expérimenter et me rendre compte de la valeur pratique de ces bougies qui, théoriquement, devaient être supérieures aux autres, je les ai toutes essayées dans les conditions suivantes :

Toujours en présence d'un malade rétréci, et dont le rétrécissement était très étroit, j'ai commencé par essayer des bougies filiformes ordinaires, tortillées, à bout collodionné, de toutes formes, en baïonnette, en spirale, etc. Je passais ou, au contraire je ne passais pas; il m'est arrivé souvent de passer. Ces faits-là, je les laisse de côté : ils n'ont rien à faire dans le sujet. Dans le cas où je ne passais pas, ce n'est qu'après avoir épuisé toutes les tentatives avec les bougies ordinaires que je prenais celles qu'on me permettra d'appeler les miennes. Ce n'était donc qu'après des tentatives consciencieuses des premières et après insuccès que je prenais les bougies à mandrin métallique. On ne peut donc me reprocher de me procurer un succès facile. Ce

n'était du reste qu'à cette condition que je pouvais justifier leur utilité : sans cela, il eût été aussi simple de conserver exclusivement les anciennes. Même maintenant où l'utilité de mes bougies et leur supériorité dans certains cas m'est absolument démontrée, je me sers des bougies ordinaires : néanmoins, je dois dire que les bougies à mandrin me paraissent supérieures comme bougies à demeure : étant moins molles, ayant plus de consistance, elle restent mieux dans le canal : elles sont, par rapport aux bougies ordinaires, ce que la sonde de gomme est par rapport à la sonde en caoutchouc rouge, et en fait, sauf dans un cas que je citerai, mais où le malade était très indocile, et où la sonde est sortie après deux jours, je n'ai jamais eu à constater un déplacement, elle a même très peu de tendance à être chassée par l'urine au moment des mictions.

De plus la souplesse du mandrin est telle que la vessie la supporte fort bien, et je n'ai jamais eu à constater d'irritation de la vessie du fait de sa présence.

Les cas dans lesquels je les ai employées sont au nombre de 6 actuellement; je veux parler seulement des cas où je m'en suis servi après avoir essayé inutilement l'emploi des bougies ordinaires. Dans un certain nombre de cas les bougies ordinaires m'ont suffi; de même, dans d'autres, je les ai employées d'emblée; mais ces derniers cas, je ne les compte pas : car, s'ils démontrent l'innocuité des bougies, ils n'en démontrent pas la nécessité. Je ne cite donc que les cas où nulle autre n'a pu passer, et où la mienne seule est passée, démontrant ainsi sa supériorité et par conséquent sa nécessité.

Je dois dire cependant que, dans quelques cas, il serait bon d'avoir d'emblée recours à ma bougie, parce qu'elle tient bien dans le canal et peut ainsi prévenir des accidents.

C'est ainsi que dernièrement j'observais un cas d'infiltration d'urine dans les circonstances suivantes :

Pendant un suppléance de quelques jours que j'ai faite à l'hôpital Saint-Louis dans le service de mon très estimé maître

M. Le Dentu, un homme se présente à l'hôpital atteint de rétention d'urine due à un retrécissement. Effectivement, il était atteint d'un retrécissement de la partie moyenne de la portion périnéale du canal : je pus, le diagnostic fait, passer facilement une bougie filiforme ordinaire, et immédiatement le malade se mettait à uriner le long de la bougie.

Ceci se passait le 14 janvier.

Le *jeudi matin* 17, la bougie était sortie dans la nuit; le malade ne me prévient pas, il le dit le soir seulement à l'interne du service qui repasse une autre bougie. Or, pendant toute la nuit, le malade s'était livré à des efforts qui continuent ensuite malgré la présence de la bougie à demeure. Or ce jour-là, le malade remarque au périnée un gonflement qui augmente peu; mais, dans la nuit du 20 au 21, ce gonflement augmente tout à coup et, le 21 au matin, M. Le Dentu reprenant son service, constatait l'existence d'une vaste infiltration d'urine qui avait déjà envahi la racine de la verge, et qui nécessita une incision périnéale, une dans de pli de l'aine et l'autre à la racine de la verge.

Actuellement ce malade va bien.

Or, dès le 12 janvier ce malade avait été pris de rétention d'urine, son médecin avait pu le sonder avec une bougie filiforme qu'il avait mise à demeure; or cette bougie à plusieurs reprises était sortie et il avait pu la rentrer : mais à l'hôpital, il n'en avait pas été de même.

Je suis convaincu que si j'avais, d'emblée, mis à ce malade une de mes bougies, il aurait pu éviter l'infiltration parce que la bougie serait facilement restée dans le canal, et qu'il ne se serait pas livré aux efforts qu'il nous a avoués.

Il me reste à parler des cas dans lesquels j'ai employé cette bougie; j'essaierai de montrer que dans quelques circonstances elle m'a rendu de grands services.

Obs. I. — Le 9 juin 1887, je suis appelé par le docteur de Saint-Avit à aller voir, à l'Isle-Adam, M. P..., âgé de 68 ans,

homme fort, atteint de bronchite avec dyspnée et véritables crises d'asthme. Quand je le vois à 5 heures et demie du soir, je trouve un homme qui depuis la veille n'avait pu émettre une seule goutte d'urine. Aux souffrances causées par la rétention s'ajoutaient celles que déterminait son oppression; il était dans un état très précaire, avec la face congestionnée, la respiration courte et haletante, les épaules et les cuisses fortement œdématiées, il pouvait à peine tenir en place.

Son médecin avait essayé à plusieurs reprises de le sonder, il n'avait pu y arriver. Les bains, les calmants n'avaient rien produit. — En outre, depuis plusieurs jours M. P... rendait une urine particulièrement trouble, louche et ammoniacale, et contenant pas mal d'albumine.

J'explore et constate l'existence d'un retrécissement très serré à la partie profonde de la région périnéale du canal. J'essaie toute espèce de bougies: aucune ne peut passer. La situation devenait particulièrement tendue, d'autant, comme je l'ai dit, que les moyens médicaux n'avaient rien fait. Après plus d'une demi-heure de tentatives, j'ordonne de mettre pendant deux heures un cataplasme sur le périnée et un sur le ventre, et fais prendre un lavement avec 20 gouttes de laudanum. Au bout de deux heures, nous revenons, mon confrère et moi, et je renouvelle mes tentatives : les bougies ordinaires collodionnés de toutes formes ne peuvent arriver à passer : elles sont toutes arrêtées. Je prends alors mes bougies; après trois tentatives avec des bougies en baïonnette, je finis par passer une bougie extemporanément contournée en tire-bouchon. Immédiatement le malade se met à uriner le long de la bougie. Ce fut un grand soulagement pour lui et aussi pour nous; les conditions dans lesquelles nous nous trouvions l'expliquent facilement. Car j'avoue que j'aurais fait avec beaucoup de répugnance une ponction même capillaire de la vessie à ce malade, tant son état était précaire. La bougie fut fixée à demeure.

A partir de ce moment tout marcha bien, l'œdème com-

mença même à diminuer. 8 jours après, je le revoyais en consultation avec mon maître, le professeur Guyon, qui peut facilement passer une bougie n° 8; depuis, la dilatation a pu être menée à bien.

Ce cas qui était le premier est celui qui a laissé dans mon esprit la plus forte impression, tant parce que j'avais pour la première fois occasion de me servir de mes bougies qu'en raison des circonstances dans lesquelles j'étais amené à m'en servir.

Elles ne m'ont pas moins bien servi dans le cas suivant, où l'urgence était moindre évidemment, mais où la nécessité de franchir le rétrécissement s'imposait assez impérieusement.

Obs. II. — M. P... (de l'Yonne) m'est adressé le 9 juin 1887. comme porteur d'un rétrécissement du canal de l'urèthre. Je l'envoie à la maison de santé des frères de Saint-Jean-de-Dieu, et dès le 11 juin, après exploration et après avoir reconnu l'existence de deux rétrécissements principaux, un scrotal, l'autre périnéal, celui-ci très serré, je me mets en devoir de passer une bougie filiforme: je ne puis y parvenir. J'emploie des bougies de toutes les formes; j'essaie les miennes; je ne puis réussir. Je mets le malade au repos, bain tous les jours, cataplasmes en permanence toute la nuit sur le périnée. Ce n'est qu'après 7 jours de tentatives que je parviens à passer. Tous les jours je commençais par les bougies filiformes ordinaires et continuais avec les miennes.

Le 8e jour, j'avais commencé par les bougies ordinaires; je dus les abandonner et recourir aux miennes, c'est une des miennes qui passa. J'avoue que je commençais à trouver le temps long, et quoique les exemples venus de haut lieu que je connaissais fussent faits pour empêcher le découragement, j'avoue que je fus très satisfait d'avoir réussi, et le malade encore plus. Quatre jours plus tard, je faisais l'uréthrotomie interne, et le malade pouvait trois semaines

plus tard quitter la maison de santé, passant le n° 22 de la filière Charrière.

J'ai passé ensuite un assez long temps sans avoir besoin d'avoir recours à mes bougies. J'ai pu, dans un assez grand nombre de circonstances qu'il est inutile de relater ici, arriver à passer des bougies dans des rétrécissements réputés pour difficiles par les médecins ou chirurgiens qui avaient avant moi essayé de les franchir.

Obs. III. — Le 3 octobre 1888, je reçois la visite de M.B... (de Marseille), qui m'avait été annoncé comme étant atteint d'une très grave maladie de la vessie, pour laquelle il était résigné à subir une grave opération ; il était en effet sujet depuis 6 mois à des accès de rétention d'urine qui étaient suivis de frissons intenses qui laissaient après eux chaque fois un grand abattement. Ces accès s'étaient d'abord renouvelés tous les mois, puis tous les 15 jours ; il avait eu les mêmes accidents quatre ans auparavant en Afrique avec une très grande intensité.

Son médecin n'avait pas osé l'explorer ; mais les renseignements qu'il avait fournis à la famille étaient alarmants : ce sont ces renseignements qui m'avaient été transmis et m'avaient fait supposer que je me trouverais en présence d'un cas particulièrement grave. Aussi fus-je agréablement surpris en voyant arriver un homme dont la physionomie ne me paraissait inspirer aucune inquiétude, et surpris-je non moins agréablement le malade et son entourage en annonçant, après interrogatoire et examen, une guérison prochaine et facile. J'avais en effet constaté l'existence d'un rétrécissement scrotal peu étroit et d'un rétrécissement périnéal filiforme. Je ne pus passer de bougies dans mon cabinet ; du reste je n'essayai que les bougies ordinaires et non les miennes ; mais je n'insistai pas, ne voulant pas renvoyer chez lui mon malade avec une bougie fixée à demeure.

Le lendemain je me rendis chez lui et, après des tentatives vaines avec des bougies filiformes ordinaires collo-

dionnées et tortillées de toutes façons, je passai facilement une de mes bougies tortillées en baïonnette. Je la laissai à demeure 5 jours, elle fut facilement supportée ; après quoi je pus passer le 8, et bientôt j'arrivai à passer les bougies Béniqué que je conduisis facilement au 42 ; j'aurais pu aller plus loin, mais le malade était désireux de retourner chez lui où l'appelaient des affaires importantes. Depuis ce moment il n'a plus été question de frissons, de fièvre et à plus forte raison d'accès de rétention. J'ai cité ce fait avec des détails paraissant oiseux pour bien montrer l'importance qu'on attachait et que j'attachais moi-même à voir mon traitement réussir promptement.

Dans le cas suivant, il s'agissait non plus d'un canal très étroit, mais d'un canal irrégulier avec brides et petits diverticules qui arrêtaient les bougies au passage. J'ai pu, grâce seulement à mes bougies, franchir l'obstacle et arriver à dilater un rétrécissement qui paraissait devoir être justiciable de l'uréthrotomie interne.

Obs. IV. — Le 4 novembre 1888, j'étais appelé par notre distingué confrère, le docteur Leroy, auprès de M. F.... âgé de 32 ans environ, porteur d'un rétrécissement périnéal assez étendu. Le docteur Leroy avait commencé à le dilater et avait pu lui passer facilement et sans déterminer aucune espèce d'incident le n° 8 de la filière Charrière. Il y était parvenu facilement une fois et comptait mener à bien la dilatation quand, deux jours après, voulant renouveler sa tentative, il échoua ; il échoua encore une fois, et c'est alors qu'il voulut bien me faire l'honneur de me demander mon avis.

Je fus moi-même arrêté par les mêmes obstacles ; je pris des bougies tortillées filiformes : impossible de passer ; je pris alors une de mes bougies et pus facilement passer : je la laissai à demeure pendant 5 jours, elle fut facilement supportée pendant tout ce temps ; le canal s'était régularisé, je pus alors le dilater et, dès que nous eûmes atteint le n° 1

de la filière Charrière, je commençai à passer des bougies Béniqué. Je pus conduire la dilatation jusqu'au n° 46, mais ce canal où l'on passe facilement ces grosses bougies est encore assez irrégulier pour qu'on soit obligé de donner une certaine inclinaison à l'extrémité de la bougie conductrice qui précède le béniqué.

Dans l'observation qui suit et qui ressemble un peu à la précédente, l'introduction d'une bougie a eu en outre pour but de triompher d'une rétention d'urine dont le malade était affecté depuis le matin.

Le 17 décembre 1888, au soir, je vois en consultation, avec mon excellent confrère le docteur Blanchard, M. S..., âgé de 69 ans. M. S... avait été autrefois traité par Amussat qui l'avait dilaté et lui avait conseillé d'entretenir son canal; mais, comme beaucoup de malades, il avait négligé de le faire et, depuis déjà plusieurs années, il en était réduit, quand il ne pouvait uriner, à passer une bougie très fine; il y réussissait habituellement; la bougie passée, il la retirait et urinait.

Mais cette fois-ci, il n'en fut pas ainsi : la veille, il avait voulu uriner ; n'ayant pu le faire, il avait essayé de passer la bougie et n'avait pu y parvenir; il fit appeler le docteur Blanchard qui passa une bougie assez facilement. Le malade urina, mais retira sa bougie ; il put ainsi uriner tant bien que mal dans la journée : la nuit, la miction devint plus difficile et, le 17 décembre au matin, impossible. Le docteur Blanchard appelé essaya de passer une bougie, ne put y réussir, le malade non plus du reste : c'est dans ces conditions que je suis appelé. J'essayai à mon tour de passer des bougies filiformes ordinaires tortillées de toutes façons, et ne pus y parvenir ; je pris alors une de mes bougies, je la tortillai en baïonnette et pus arriver à passer. Je la fixai à demeure et conseillai de la garder pendant 4 à 5 jours ; mais après 2 jours, le malade étant très remuant, s'étant levé, avait vu sa bougie sortir. Néanmoins, à partir de ce moment, on put en passer une autre et dilater un peu le canal.

Enfin, voici un dernier fait non moins probant, il me semble, que les premiers.

Henri Loherre, 64 ans, journalier, entre le 18 décembre 1888, salle Cloquet, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de mon maître M. Le Dentu, porteur d'un rétrécissement perinéo-bulbaire très marqué et d'origine blennorrhagique (une blennorrhagie à 25 ans avec plusieurs rechutes jusqu'à 40 ans); il a des difficultés à uriner depuis 5 ans, cette difficulté a été croissant, sans aboutir à la rétention complète cependant.

Du 20 au 25 décembre, on fait tous les jours des tentatives avec des bougies très fines et tortillées pour franchir le rétrécissement, on ne peut y parvenir.

Le 28 décembre, jour où je prends le service, je cherche moi-même à franchir le rétrécissement avec les mêmes bougies tortillées et ne puis y parvenir. Je prends alors une de mes bougies à mandrin et je franchis sans difficulté. Je la fixe à demeure où elle reste. Le malade se met à uriner mieux; mais le 1er janvier, il sort pour aller régler certaines affaires qu'il disait pressantes. Je ne l'ai pas revu.

Voilà un certain nombre de faits qui viennent pratiquement consacrer la valeur de bougies qui théoriquement me paraissaient devoir rendre quelques services.

Doivent-elles remplacer définitivement les autres? Assurément je ne le prétends pas. On a rendu de grands services avec les autres, et on continuera à en rendre; mais celles que je présente me paraissent remplir certaines indications auxquelles les autres ne satisfont pas. C'est pourquoi je crois qu'elles doivent entrer dans l'arsenal courant. C'est à ce titre que j'ai tenu à les faire connaître. J'ai appris que beaucoup de chirurgiens en France et à l'étranger avaient jugé comme moi, après s'être servis de mes bougies; j'aurais pu leur demander leurs observations: il m'a semblé que, pour si utile que fût cet instrument, il ne fallait pas grossir démesurément son importance.

Les associations microbiennes de l'urèthre
Leur rôle dans la blennorrhagie et ses complications,

Par M. le docteur E. Legrain.

I

La muqueuse uréthrale, de même que les autres membranes muqueuses en contact avec l'air, est le siège de nombreux microbes qui y vivent en saprophytes. A l'état normal, ces bactéries se trouvent sur l'épithélium à la desquamation duquel ils prennent probablement une part assez notable. Mais, dans certains états pathologiques, leur présence peut acquérir une importance considérable.

La connaissance de ces bactéries existant sur la muqueuse de l'urèthre, et pouvant se rencontrer dans le pus uréthral, quel qu'il soit, est de date toute récente.

Zeissl (1) en 1886, observe la présence, dans le pus blennorrhagique, d'un bacille, sans rapport, croit-il, avec l'affection, bacille qu'il dit retrouver dans le vagin des prostituées, dans les balanites de l'homme et du chien. Les caractères qu'il en donne sont assez peu précis ; d'ailleurs il existe plusieurs formes bacillaires sur la muqueuse uréthrale, et un plus grand nombre encore dans le mucus vaginal.

Giovannini (2) signale dans le pus blennorrhagique cinq espèces de bactéries, dont deux, dit-il, se retrouvent dans l'urèthre sain.

Bumm (3) donne quelques caractères de culture de plusieurs espèces existant avec le *Micrococcus gonorrheæ*, dans le pus de la blennorrhagie uréthrale : le *Micrococcus subflavus* et le *Micrococcus citreus conglomeratus*.

(1) Zeissl, *Ueber Diploc. Neisser's. Wien. Klin. Vorträge*. Heft 11 et 12, 1886.

(2) Giovannini, *Die Mikroparasiten der Männlichen Harnrohrentrippers Centralbl. f. d. med. Wissenchaft*, 1886, nº 48.

(3) Bumm, *Beitrag zur Kentniss der Gonorrhæ der weiblichen Genitalien. Archiv. f. Gynækologie*, XXIII, p. 327.

Lustgarten et Mannaberg (1) cultivent huit microcoqu et un bacille qu'ils trouvent constamment à l'état norm sur la muqueuse de l'urèthre. Mais les descriptions de c auteurs sont assez brèves et il est difficile de rapporter u espèce quelconque à celles qu'ils ont cultivées. Ils indique en outre, comme se trouvant normalement dans l'urèthr deux formes bacillaires et un spirille qu'ils n'ont pu cultiver

Tous ces microbes qui vivent en saprophytes sur la muqueuse uréthrale se retrouvent aussi bien à l'état sain qu'à l'état pathologique. Je ne veux pas refaire ici l'étude biologique de chacune de ces formes (2) ; je me bornerai à une énumération, en signalant les particularités les plus intéressantes propres à chacune d'elles :

Le *Micrococcus subflavus,* isolé par Bumm et retrouvé par Lustgarten, est très commun dans les écoulements de l'urèthre. Je l'ai retrouvé chez le chien ; on le rencontre assez fréquemment dans le mucus vaginal. Cette espèce, une des plus grosses de l'urèthre est formée de diplocoques qui donnent sur les milieux nutritifs des cultures d'une coloration jaune de chrome. Bumm considère le *Micrococcus subflavus* comme une espèce pyogène. Des secondes cultures avec lesquelles j'ai expérimenté n'ont rien donné.

Le *Micrococcus citreus conglomeratus*, constitué par des microcoques isolés, donne sur les divers milieux des colonies d'un jaune citron.

Le *Micrococcus ochroleucus* a été isolé de l'urine par Prove et étudié par lui au laboratoire du professeur Harz, de Munich. Je l'ai trouvé plusieurs fois dans le pus uréthral, particulièrement dans un cas d'uréthrite consécutif à la fièvre typhoïde. Il se présente sous forme de microcoques isolés, de diplocoques ou de courtes chaînettes. Ses cultures sur les milieux solides sont remarquables par ce fait qu'autour

(1) Lustgarten et Mannaberg, *Die Mikroorganismen der normalen männlichen Uretra. Vierteljahreschrift f. Derm u. Syphilis*, 1887.

(2) Cette étude a fait l'objet de ma thèse inaugurale : *les Microbes des écoulements de l'urèthre*, à laquelle je prends la liberté de renvoyer le lecteur désireux d'avoir de plus amples renseignements sur ces bactéries.

une partie centrale d'un beau jaune se trouve une zone rculaire blanche ; elles dégagent une odeur sulfureuse.

Le *Microcoque orangé de l'urèthre,* dont les dimensions iffèrent peu de celles du *Micrococcus pyogenes aureus,* en distingue cependant par ses caractères de culture sur laques et sur les différents milieux. Il liquéfie plus rapideient que lui la gélatine, et l'injection de ses cultures st inoffensive.

Le *Microcoque blanc à colonies foliacées,* assez rare dans urèthre, se présente en amas ou en courtes chaînettes ; il orme, sur plaques de gélatine, de très élégantes colonies omposées de bandes concentriques bordées elles-mêmes le prolongements foliacés.

Le *Diplocoque jaune non liquéfiant de l'urèthre* forme sur es divers milieux des colonies d'un beau jaune de chrome, et ne fluidifie pas la gélatine.

Le *Microcoque blanc grisâtre de l'urèthre,* assez commun dans le pus uréthral, se développe faiblement sur la gélatine et donne sur la gélose de belles colonies d'un blanc grisâtre qui finissent souvent par prendre une légère teinte rosée.

Le *Diplocoque blanc jaunâtre de l'urèthre,* dont les premières cultures liquéfient la gélatine et qui perd très rapidement cette propriété sur les cultures successives.

Plusieurs microcoques donnent en outre, sur les divers milieux, des colonies blanches. Parmi ces microcoques, l'un peut être rapproché du *Micrococcus lacteus faviformis* et l'autre, du *Micrococcus albicans amplus* de Bumm. Toutefois, je dois dire que je ne considère pas comme définitive la diagnose de ces microcoques donnant des cultures blanches, et que plusieurs espèces restent à décrire dans le pus uréthral.

Les espèces bacillaires que j'ai pu cultiver sont en nombre moins grand que les microcoques. J'ai décrit :

Un *Bacille n° 1* qui se rapproche, par ses cultures et son mode de croissance, du *Bacillus Zopfii;*

Un *Bacille n° 2*, assez long, donnant de luxuriantes colo-

nies blanches sur gélose, et dont les cultures sur pomme de terre prennent une teinte brunâtre ;

Et un *Bacille n° 3,* très court, qui se laisse difficilement réinoculer.

Deux fois, et dans deux cas différents de suintement chronique, j'ai obtenu une colonie rouge qui s'est montrée formée de courts spirilles. M. Macé a décrit cette espèce, dans son *Traité technique*, sous le nom de *Spirillum roseum*.

Ces diverses espèces, que j'ai cultivées, ont été portées, au moyen de sondes stérilisées, dans l'urèthre sain, sans déterminer aucun phénomène morbide. D'ailleurs, l'inoculation de ces cultures, sous la peau des animaux d'expérience, ne m'a jamais fourni que des résultats négatifs. Toutefois il y a lieu de faire certaines restrictions. Bumm, inoculant le *Micrococcus subflavus*, a produit un abcès ; mes expériences, faites avec des secondes cultures ne m'ont pas permis de vérifier les résultats de Bumm. Il y a lieu de se demander alors si, comme toute bactérie pathogène, le *Micrococcus subflavus* ne perd pas sa virulence sur les cultures successives, et même si, parmi les diverses espèces citées plus haut, il n'en est pas qui, dans certaines conditions, puissent devenir nocives.

Le problème est en réalité difficile à résoudre. L'hypothèse n'a rien d'invraisemblable, mais la vérification en est presque impossible, car la plupart de ces espèces perdent rapidement leur vitalité dans les cultures successives. Pour un certain nombre même, les colonies sur plaques obtenues par la dilution dans la gélatine d'une parcelle d'une culture préexistante ne reproduisent plus le type primitif, dès la deuxième génération.

Toutefois, bien que ces diverses bactéries puissent être jusqu'à nouvel ordre considérées comme saprophytes, leur existence est utile à connaître à cause de leur présence constante dans le pus des écoulements de l'urèthre. Leur diagnostic se fait d'ailleurs assez facilement, d'abord par les cultures, mais surtout par leurs réactions : aucun des mi-

rocoques que j'ai signalés ne se décolore par la méthode e Gram.

A côté de ces bactéries inoffensives existent des microbes athogènes. Lustgarten et Mannaberg trouvent le *Micrococcus pyogenes aureus* dans l'urèthre sain; Max Bockhart ignale les microcoques vulgaires de la suppuration dans e pus de la plupart des blennorrhagies. Toutefois, ils ne 'y trouvent probablement jamais en bien grande quantité; en général, pour les déceler, les cultures sur plaques sont nécessaires, et il est alors important de ne pas prendre pour le *Micrococcus pyogenes aureus* un microcoque qui présente avec lui quelque analogie et que j'ai décrit sous le nom de *Microcoque orangé de l'urèthre.*

Il n'y a pas lieu de s'étonner de la présence des microbes pyogènes sur la muqueuse uréthrale; ils s'y trouvent au même titre que sur les autres muqueuses saines, telles que les muqueuses buccale, conjonctivale, vaginale.

Dans un cas de suintement chronique, ne présentant d'ailleurs rien de particulier, j'ai trouvé une forme bacillaire qui, par ses cultures, se rapportait à la *Bactérie septique* de Clado, qui jusqu'ici semble spéciale aux voies génito-urinaires.

A l'état normal, l'existence de ces diverses bactéries pathogènes passe inaperçue. Mais vienne quelque trouble pathologique les mettant dans des conditions favorables pour proliférer, leur rôle peut devenir très important.

L'urine, balayant le canal, contient toujours une certaine quantité de bactéries. De la nature et du nombre de ces dernières dépendent certaines propriétés de l'urine. Les divers auteurs qui ont étudié l'urine à ce point de vue on obtenu des résultats différents. Menzel, Gosselin et A. Robin ont conclu de leurs recherches que l'urine acide normale ne possède pas de propriété pathogène ou septique. Muron, dans sa thèse inaugurale, prétend que si l'urine est innocente quand elle est transparente, limpide, faiblement acide et peu chargée de sels, elle est nuisible au contraire quand

elle se trouve riche en sels. « Dans ce dernier cas, ajoute Muron, elle détermine de la suppuration pouvant aller jusqu'à la gangrène. »

Avec nos connaissances actuelles sur la pathogénie de la suppuration, il n'est plus possible d'admettre que la formation du pus soit liée à la quantité plus ou moins grande de sels renfermée dans une urine : elle est le fait de microbes pyogènes. En outre, des expériences très nettes ont démontré que la présence de quelques microbes ne suffisait pas pour déterminer la suppuration, mais qu'il en fallait une quantité assez notable. Or, la nature et le nombre des bactéries qui se trouvent sur la muqueuse uréthrale sont assez variables chez les divers sujets, et chez le même individu, avec l'instant de la miction où l'on recueille l'urine. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner de la diversité des résultats obtenus par les auteurs précités.

II

La muqueuse uréthrale est susceptible de s'enflammer sous l'influence de causes diverses. La blennorrhagie seule nous occupera dans ce travail.

Dire que la blennorrhagie uréthrale est une affection spécifique imputable à un agent infectieux spécial, est devenu aujourd'hui une affirmation banale. Tous ceux qui ont examiné le pus blennorrhagique pris à la période aiguë, sont d'accord pour dire que les globules de pus renferment dans leur protoplasma des amas de microbes disposés en diplocoques, et se décolorant par la méthode de Gram.

Dans le pus de la période aiguë, il existe relativement fort peu de microbes accessoires à côté du *Micrococcus gonorrheæ*. Ils sont de préférence disposés sur les cellules épithéliales qu'on rencontre au milieu des leucocytes. On peut alors aisément suivre le développement des gonocoques aux dépens du protoplasma des globules de pus.

Les planches qui accompagnent ce travail sont la repro-

duction de photographies prises en divers points de préparations obtenues avec du pus de blennorrhagie aiguë desséché et coloré à la fuchsine.

La planche I présente en son centre un globule de pus où s'est développée une colonie de gonocoques ; un couple existe même dans un des noyaux. A un stade ultérieur les microbes remplissent complètement le globule de pus. Ce dernier distendu, comme on peut en voir un exemple dans la planche III, finit par éclater, mettant en liberté les parasites qui attaquent alors les globules sains voisins. La planche II montre plusieurs globules de pus contigus où se sont développés des gonocoques. Il n'en existe pas entre les leucocytes, ce qui laisse supposer que le liquide intercellulaire n'est pas un milieu favorable à la croissance du *Micrococcus gonorrheæ*.

Si au lieu du pus de blennorrhagie aiguë on examine la sécrétion matinale de la goutte militaire, on ne trouve plus en général que des cellules épithéliales du canal de l'urèthre, plus ou moins modifiées, avec des éléments nucléaires et parfois de rares globules de pus. Au milieu de ces éléments se voient la plupart du temps de très nombreuses bactéries. A côté de microcoques de toutes dimensions qui constituent la majeure partie de cette association microbienne, se trouvent quelques bacilles et parfois aussi de rares formes courbées.

Si l'on isole ces diverses bactéries, on s'aperçoit qu'on est en présence des microbes saprophytes habituels de l'urèthre dont j'ai donné la liste plus haut, et qui existent, dans ces cas, en proportion énorme, relativement à la quantité des gonocoques qu'on peut rencontrer. Souvent même ces derniers sont si peu nombreux que le seul moyen de les déceler est de recueillir le premier jet de l'urine, de laisser déposer et d'examiner le dépôt. On peut avoir la chance d'y rencontrer quelques globules de pus intacts, balayés par l'urine, et dans lesquels il est possible de retrouver des gonocoques avec leur disposition et leur réaction spéciales.

En présence de ces faits il est permis de se demander si, dans ces suintements chroniques, le *micrococcus gonorrheæ* ne joue pas un rôle accessoire, et si on ne doit pas au contraire incriminer les bactéries saprophytes de l'urèthre dont le développement, considérable à cette période, a sûrement une action sur la desquamation de l'épithélium.

III

Si le rôle des associations microbiennes est encore douteux dans les écoulements chroniques, il n'en est plus de même dans les complications qui accompagnent souvent la blennorrhagie.

Neisser, en attirant l'attention des histologistes sur le *Micrococcus gonorrheæ*, ne le signalait que dans les sécrétions uréthrales et oculaires, où le retrouvèrent Bokaï, Haab, Krause, Leistikow, etc.

Mais d'autres observateurs, allant plus loin que Neisser lui-même, imputèrent au gonocoque les manifestations parablennorrhagiques. Comme, au cours d'une chaudepisse, on peut observer des accidents dans les organes les plus divers, une certaine école tendit, à la suite de Jullien et de R. Mesnet, à faire de la blennorrhagie une affection générale.

Dans cet ordre d'idées, le gonocoque fut rendu responsable des suppurations juxta-uréthrales, de certaines formes d'érythème (Balzer), de parotidites (Curtis), et même de pyohémies mortelles survenant au cours de l'infection blennorrhagique (Abner Post).

Les recherches microbiologiques faites dans le but de déceler le microbe coupable, firent bientôt admettre sa présence dans les tissus les plus divers. Vélander rencontre le microbe de Neisser dans le pus d'un abcès péri-uréthral, Wolf dans une adénite suppurée d'origine blennorrhagique; Arning, Martineau et Goguel dans les glandes de Bartholin; Jullien et Horteloup dans la sérosité de la vaginalite. Aufrecht cite le cas d'un enfant mort en présentant une sup-

puration de la veine ombilicale et du foie, et trouve les cellules hépatiques et le tissu interlobulaire couverts de gonocoques : il pense qu'ils venaient probablement de la vaginite de la mère. Bockhart, inoculant une quatrième culture dans l'urèthre d'un paralytique général, voit le patient succomber à la suite d'une cysto-pyélonéphrite ascendante et signale le *Micrococcus gonorrheæ* dans les abcès du rein trouvés à l'autopsie. Pétrone, Kammerer et Bousquet signalent le gonocoque dans les liquides articulaires; Pétrone le trouve en outre dans le sang de deux malades, et Jullien dit le rencontrer presque constamment dans le sang de ses blennorrhagiens. Martin (de Vevey) trouve le gonocoque dans les infarctus; Martel lui attribue les phlébites qui surviennent au cours de rhumatismes blennorrhagiques; enfin, Sahli signale la présence du microbe de Neisser dans une métastase cutanée d'origine blennorrhagique.

Un fait qui frappe tout d'abord, est la diversité des accidents imputés au gonocoque. S'il en était réellement ainsi, le *Micrococcus gonorrheæ* pourrait être qualifié de « microbe à tout faire » avec plus de raison encore que le streptocoque de Rosenbach.

Il faut dire ensuite que les expériences directes ne militent pas en faveur de la théorie qui considère le *Micrococcus gonorrheæ* comme l'agent d'une infection générale produisant indifféremment un abcès, une arthrite, un érythème. Bien des auteurs ont en effet montré que l'injection sous-cutanée de pus blennorrhagique frais est inoffensive.

En outre, si l'on se reporte aux descriptions des auteurs qui ont signalé la présence du microbe de Neisser dans les diverses complications de la blennorrhagie, il est permis d'avoir des doutes sur l'exactitude des résultats obtenus. La plupart des auteurs précités n'ont vu, dans leur examens de liquides pathologiques où ils signalent le gonocoque, que des microcoques dont ils n'indiquent aucun caractère distinctif. Il faut, pour affirmer avec certitude la présence du gonocoque, constater :

1° Sa forme en diplocoques.

2° Sa disposition en amas assez considérable dans le plasma des leucocytes;

3° Sa décoloration par la méthode de Gram.

Dans un précédent travail paru dans les *Annales* (août 1888), j'ai montré que chacun de ces caractères en particulier ne pouvait suffire, mais que leur ensemble seul permettait d'affirmer avec certitude l'existence du *Micrococcus gonorrheæ*.

En appliquant cette méthode de diagnostic à l'examen des produits pathologiques des manifestations parablennorrhagiques, les résultats obtenus sont tout autres que ceux que je viens de critiquer.

Tout d'abord, plusieurs auteurs, après Pétrone, Kammerer et Bousquet, n'ont obtenu que des résultats négatifs; tels sont: Ehrlich, Vogt, Kraske et Bornemann (de Copenhague). En France, Aubert n'a pas retrouvé de gonocoques dans le liquide d'une ponction faite dans un cas d'arthrite blennorrhagique. Tout récemment MM. Dieulafoy et Widal, ensemençant du liquide d'hydarthrose blennorrhagique du genou, n'obtinrent aucune colonie, et se demandèrent alors si, dans ce cas, l'inflammation de la synoviale ne serait pas produite par des substances solubles sécrétées par les microbes.

A côté de ces observations négatives qui laissaient la question dans le doute, sont venus se ranger un certain nombre de faits qui ont jeté un jour nouveau sur la pathogénie des accidents parablennorrhagiques; des recherches précises tendent en effet à démontrer que la plupart de ces accidents sont dus à d'autres microbes que le *Micrococcus gonorrheæ*. En d'autres termes le microbe de Neisser serait spécial à l'inflammation spécifique des muqueuses uréthrale et oculaire, et les complications de la blennorrhagie seraient le fait d'infections secondaires.

Les recherches faites dans ce sens sont encore assez peu nombreuses et méritent d'être citées.

M. Bockhart (1) donne deux observations, l'une de bubon suppuré, l'autre d'abcès péri-uréthral compliquant des blennorrhagies, dans lesquels le pus ne contenait que les microcoques ordinaires de la suppuration.

Gerheim (2), dans deux cas de bartholinite suppurée, trouve de nombreux staphylocoques, mais pas de gonocoques.

Enfin, mes propres recherches m'ont permis d'isoler dans le pus d'un abcès péri-uréthral le *Micrococcus pyogenes aureus* et le *Diplococcus subflavus*, et, dans le pus d'une bartholinite compliquant une vaginite aiguë : les microcoques blanc et orangé du pus, avec le *Diplococcus subflavus* et le *Micrococcus lacteus faviformis* fréquent d'ailleurs dans le mucus vaginal.

La connaissance exacte de la pathogénie des accidents parablennorrhagiques peut avoir un certain intérêt pratique. Il serait téméraire de dire qu'elle est de nature à modifier le traitement de la blennorrhagie ou même à faire préférer une méthode de traitement à d'autres ; mais il n'est pas illogique de penser qu'on peut avoir intérêt à faire disparaître les agents d'une infection secondaire possible en faisant l'antisepsie du méat enflammé et de la muqueuse uréthrale, à toute période de la blennorrhagie. Si en effet les injections au sublimé ou à l'acide borique n'atteignent pas le gonocoque lui-même cantonné pendant la période aiguë dans les lymphatiques de la muqueuse, elles sont cependant capables de détruire les microcoques vulgaires de la suppuration qui peuvent exister à la surface et qui n'attendent qu'une occasion favorable pour pénétrer dans l'organisme (3).

EXPLICATION DES PLANCHES

P. I. Pus d'une blennorrhagie au deuxième jour de l'écoulement. Au

(1) M. Bockhart, *Monatshefte f. prakt. Dermat.*, n° 19, 1887.

(2) Gerheim, *Ueber Mischinfection bei Gonorrheæ. Verhandlungen der physik Medicin Gesellschaft zu Wurzburg*, XXI.

(3) Ce travail a été fait au laboratoire de M. le professeur agrégé Macé (de Nancy), qui a bien voulu photographier mes préparations au moyen de l'appareil microphotographique de Zeiss.

centre de la photographie, se trouve un globule de pus dans lequel on compte une vingtaine de microcoques. Zeiss, objectif apochromatique. Immersion homogène 2,00 mm.

Pl. II. Pus de blennorrhagie aigüe : 8 globules de pus contiennent chacun de dix à trente microcoques.

Pl. III. Au centre de la photographie se voit un globule de pus littéralement bondé de gonocoques. — Photographie du micromètre objectif de 1/100 de millimètre avec le même objectif que les trois figures précédentes et le même tirage de chambre noire. 1/100 mm. = 7 mm. 30.

Pl. IV. Pus de blennorrhagie aigüe; on y voit des globules de pus aux différents stades d'envahissement par les microbes. Vérick, objectif 12. Immersion homogène.

Valeur de l'intervention chirurgicale dans le traitement des tumeurs de la vessie

(Bénignité de l'opération, choix du meilleur procédé opératoire. Résultats thérapeutiques éloignés, d'après l'analyse de 198 opérations).

par M. le docteur Alfred Pousson,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, chirurgien des hôpitaux

Il a été publié jusqu'à ce jour un nombre suffisant d'observations pour qu'on puisse asseoir sur des bases solides un jugement sur la valeur de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie. Sans émettre la prétention d'avoir pris connaissance de tous les faits épars dans la littérature médicale, je crois en avoir recueilli la presque totalité. J'ai résumé dans deux mémoires antérieurs, sous forme de tableaux, 106 opérations; aujourd'hui j'en ajoute à la fin de cet article 92 nouvelles. C'est donc après avoir dépouillé 198 observations, que j'ai entrepris ce travail de statistique, qui démontrera la bénignité d'une intervention naguère condamnée, fixera le choix de la meilleure mé-

(1) De l'intervention chirurgicale dans le traitement et le diagnostic des tumeurs de la vessie dans les deux sexes. *Th. de doct.* Paris 1884.

Nouvelles considérations sur l'extirpation des tumeurs de la vessie, suivies d'un résumé de 34 opérations nouvelles, *in Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1885.

thode opératoire et proclamera les beaux résultats thérapeutiques que le chirurgien est en droit d'en attendre.

I

Les 198 opérations d'extirpation de tumeur de la vessie, que j'ai réunies, se répartissent entre 126 hommes et 72 femmes.

Prises dans leur ensemble elles donnent 46 morts, 141 guérisons et 11 résultats inconnus. Dans ce total le sexe maxculin compte pour 34 morts, 83 guérisons et 9 résultats inconnus ; le sexe féminin pour 12 morts, 58 guérisons et 2 résultats inconnus.

Ce qui fournit une mortalité générale de 24,46 p. 100 pour les opérations pratiquées dans les deux sexes et dont le résultat nous est connu, et une proportion de 29 décès pour 100 opérés masculins contre 17,14 décès pour un nombre égal de femmes opérées.

Une léthalité de 24,46 p. 400 est assurément un chiffre élevé, quelque gravité qu'on accorde d'ailleurs au pronostic des tumeurs de la vessie abandonnées à elles-mêmes, mais l'examen attentif des causes de la mort montre que les risques opératoires sont en réalité bien moindres que semble l'indiquer ce pourcentage brut.

Voyons donc de combien doit être réduite cette mortalité dans l'un et l'autre sexes.

En parcourant la colonne mortuaire des 34 malades du *sexe masculin*, qui ont succombé plus ou moins longtemps après l'acte opératoire mais dans un délai tel que ce dernier pourrait être incriminé, j'en trouve d'abord 11 qui se sont éteints lentement, épuisés [par la cachexie profonde résultant de la présence de la néoplasie vésicale. Tels sont les 4 faits du professeur Guyon (1), dans lesquels la mort rapide des opérés s'explique par leur extrême adynamie conséquence des hémorrhagies profuses, qui précisément for-

(1) Obs. 32, 33 *bis*, 34 de ma thèse et obs. 35 du présent travail.

cèrent la main au chirurgien. Tels sont encore les faits de sir Henry Thompson (1), dont les patients moururent l'un le 14e jour et l'autre dans le cours de la 3e semaine, et celui de Greig Smith (2) dont le malade, arrivé au dernier degré d'épuisement et ayant la vessie pleine de caillots au moment de l'opération, succomba le 15e jour après avoir vu ses urines redevenir claires, ses douleurs et son ténesme vésical disparaître. Tels sont enfin les cas de Delefosse (3), de Whitehead (4), de Guyon (5), de Bazy (6), dans lesquels les opérés furent emportés par les progrès de la cachexie un mois, trois mois, six mois après l'intervention chirurgicale. Ces 11 décès ne sauraient en toute justice être mis au passif de l'acte opératoire.

Il en est de même de la mort du petit malade de Crosse (7), survenue quarante-quatre heures après l'opération, son jeune âge (2 ans) rendant singulièrement grave toute intervention, et de celle de l'opéré de Gersuny (8) qui, refusant obstinément toute nourriture, se laissa mourir d'inanition au sixième jour.

La mort des malades de Whitehead (9), de Trendelenburg (10), de Gouley (11), qui succombèrent à des phénomènes d'urémie provoquée par l'état antérieur des reins, doit être mise à la charge, non de la médecine opératoire, mais de la clinique à laquelle échappa l'état du filtre rénal.

L'opéré de Hofmolk (12) foudroyé par une hémorrhagie de l'artère pancréatico-duodénale au 19e jour, celui de Gilbert Barling (13) emporté par une affection du cœur ; celui de Thompson (14) mort de récidive généralisée, terminent cette série de 19 faits malheureux non imputables à l'intervention du chirurgien.

(1) Obs. 22 de ma thèse et obs. 26 de mon deuxième mémoire.
(2) Obs. 40 du présent travail. — (3) Obs. 13 du présent travail. — (4) Obs. 27 de ma thèse. — (5) Obs. 35 de ma thèse. — (6) Obs. 30 de ma thèse. — (7) Obs. 3 de ma thèse. — (8) Obs. 4 de ma thèse. — (9) Obs. 29 de ma thèse. — (10) Obs. 11 de mon deuxième mémoire. — (11) Obs. 53 du présent travail. — (12) Obs. 25 de mon mémoire. — (13) Obs. 62 du présent travail. — (14) Obs. 20 de ma thèse.

Il reste ainsi 15 malades qui ont véritablement succombé aux suites de l'opération, et encore compté-je parmi eux les opérés de Berkeley Hill (1), de Thompson (2), de Morgan (3), de Harrison (4), de Lovenburg (5) et de Heuston (6), tous opérés dont la cause de la mort n'est pas mentionnée.

En définitive la mortalité opératoire de l'intervention chirurgicale dans les néoplasmes vésicaux chez l'homme est donc de 15 morts sur 126 opérés, ou de 11,9 p. 100.

Si on prend connaissance des accidents, qui emportèrent ces 15 malades, et si on recherche les circonstances dans lesquelles on intervint, on voit que dans plusieurs cas l'issue fatale s'explique par les grandes difficultés aux prises desquelles se trouvèrent les chirurgiens. En effet si le patient de Volkmann (7), celui de Reginald Harrison (8), ceux de Guyon (9) furent emportés par des accidents infectieux divers (cellulite pelvienne, péritonite, phlébite) malgré les précautions antiseptiques employées, nous voyons les autres opérés succomber à des accidents purement opératoires que rendra sans doute de moins en moins imminents le perfectionnement des procédés. C'est ainsi que deux opérés de Thompson (10) chez lesquels cet éminent chirurgien pratiqua son opération favorite, la boutonnière périnéale, moururent l'un de perforation de la vessie et l'autre d'hémorrhagie suivie d'accidents fébriles. Le même accident de perforation vésicale emporta l'opéré de Thomas Bryant (11). Un quatrième malade de Marcacci (12), chez qui le chirurgien italien avait fait la suture de la vessie ouverte par l'hypogastre, mourut d'infiltration d'urine dans le petit bassin et de péritonite par suite de la résorption trop rapide des fils de catgut, qui se fit avant la consolidation de la cica-

(1) Obs. 12 de ma thèse. — (2) Obs. 21 de ma thèse. — (3) Obs. 13 de ma thèse. — (4) Obs. 15 de mon deuxième mémoire. — (5) Obs. 19 de mon deuxième mémoire. — (6) Obs. 61 du présent travail. — (7) Obs. 7 de ma thèse. — (8) Obs. 24 de mon deuxième mémoire. — (9) Obs. 25 et 26 du présent travail. — (10) Obs. 15 de ma thèse et 1 de mon deuxième mémoire. — (11) Obs. 47 du présent mémoire. — (12) Obs. 11 de ma thèse.

trice. Enfin un cinquième patient du professeur Guyon (1) succomba à une péritonite provoquée par une tentative de résection sous-péritonéale de la vessie.

Le relevé des causes, qui déterminèrent la mort des 72 femmes opérées, permet, comme il vient d'être fait pour le sexe masculin, de réduire à sa valeur réelle le chiffre de la mortalité opératoire. En effet on ne saurait accuser l'intervention chirurgicale du décès des malades de Birket (2), de Christopher Heath (3), de Marie Heim Wœgelin (4), qui tous succombèrent à l'épuisement plusieurs mois et même un an après l'opération. L'extrême jeunesse des petits malades de Balleray Patterson (5) (enfant de 19 mois), de Guersant (6) (enfant de 22 mois), de Pleininger (7) (fillette de 34 mois) ne leur permettait guère de supporter une opération sanglante aussi longue et laborieuse, et je ne crois pas devoir imputer leur mort à l'intervention, d'autant plus que ces petites malades étaient très affaiblies. J'exempte encore l'acte chirurgical du décès de la malade de Thompson (8) qui, opérée à l'âge de 69 ans, succomba à l'anurie et à l'autopsie de laquelle on trouva une double pyélite et un calcul dans le rein gauche, et celui de l'opérée de A.-T. Norton, qui, après avoir subi heureusement la taille uréthro-vésicale, mourut subitement de syncope le douzième jour. En somme, tout décompte fait, l'opération ne peut être incriminée que dans 4 cas : ceux de Lecat (9), de Senftelcben (10), de Bazy (11) et de Sonnenburg (12), dernière opération dans laquelle le chirurgien réséqua la plus grande partie de la vessie située au-dessus du trigone.

La léthalité des opérations d'extirpation des tumeurs vésicales chez la femme est ainsi de 4 morts sur 73 opérées, soit 5,55 p. 100.

(1) Obs. 31 du présent travail. (2) Obs. 6 de ma thèse. — (3) Obs. 20 de ma thèse. — (4) Obs. 26 de ma thèse. — (5) Obs. 28 de ma thèse — (6) Obs. 11 de ma thèse. — (7) Obs. 3 de ma thèse. — (8) Obs. de ma thèse. — (9) Obs. 2 de ma thèse. — (10) Obs. 7 de ma thèse. — (11) Obs. 37 de ma thèse. — (12) Obs. 8 de mon second mémoire.

Il me semble intéressant de rapprocher des chiffres mortuaires, que me fournit le dépouillement des 198 observations, que j'ai réunies, de ceux que rapporte mon ami le professeur Hache dans son important article du *Dictionnaire encyclopédique*.

Cet auteur, joignant aux faits rapportés dans mes deux travaux cités, 17 observations communiquées à lui par le professeur Guyon, a établi que la mortalité opératoire pouvait être estimée à moins de 14 p. 100 chez l'homme et à 5,5 p. 100 chez la femme. Si on met ces chiffres en regard,

MORTALITÉ DES OPERATIONS D'EXTIRPATION DES TUMEURS DE LA VESSIE pratiquées avant 1885 :		MORTALITÉ DES OPÉRATIONS D'EXTIRPATION DES TUMEURS DE LA VESSIE pratiquées jusqu'en 1888 :	
Chez l'homme	14,0 p. 100.	Chez l'homme	11,9 p. 100
Chez la femme. . . .	5,5 —	Chez la femme. . . .	5,55 —

on voit que malgré la multiplication des opérations, malgré la difficulté des cas auxquels les chirurgiens de plus en plus enhardis par le succès se sont attaqués, ainsi qu'on peut s'en convaincre par le détail des péripéties opératoires, la léthalité n'a pas augmenté, elle a même notablement diminué dans le sexe masculin. Ce résultat est évidemment dû aux perfectionnements des méthodes et des procédés opératoires.

II

Deux grandes voies s'offrent au choix du chirurgien, qui se propose d'extirper un néoplasme de la vessie chez l'homme, à savoir la *voie périnéale* et la *voie hypogastrique;* d'où deux grandes méthodes opératoires, Chacune de ces méthodes a été mise à contribution, et presque tous les procédés, qui en relèvent, ont été employés. Le relevé statistique, que j'ai fait à ce point de vue, est des plus intéressants pour le praticien, car il lui fournit de précieuses indications sur la valeur comparative des opérations.

Dans les 26 opérations que j'ai réunies

La voie périnéale a été employée 17 fois	Boutonnière périnéale, 10 fois. Cystotomie périnéale médiane, 4 fois. — périnéale latérale, 4 fois. — périnéale bilatérale, 2 fois. — périnéale (sans indication du procédé), 7 fois.
La voie sus-pubienne a été employée 66 fois.	Cystotomie sus-pubienne d'emblée, 61 fois. — sus-pubienne après échec de la boutonnière périnéale, 3 fois. — sus-pubienne après échec de la cystotomie périnéale latérale, 2 fois.

Voie inconnue a été employée 3 fois.

Ayant précédemment démontré que sur les 34 morts, qui ont suivi l'intervention chirurgicale, 15 seulement sont imputables à l'acte opératoire, je crois inutile de rechercher quelles méthodes et quels procédés ont été employés dans ces 34 faits malheureux, mais je dois le faire pour les 15 décès, qui ont été la conséquence directe de l'intervention, de façon à bien établir la part de responsabilité qui revient à chaque procédé.

Dans ces 15 faits

La voie périnéale a été employée 9 fois	Boutonnière périnéale, 7 fois. Taille périnéale, 2 fois.
La voie sus-pubienne a été employée 6 fois.	Taille sus-pubienne d'emblée, 5 fois. Taille sus-pubienne après une taille périnéale pour s'assurer du point d'implantation de la tumeur, 1 fois.

Ainsi la méthode périnéale (boutonnière et taille), bien qu'elle ait été mise à contribution moins souvent que la méthode sus-pubienne, enregistre à son passif plus de la moitié des cas mortels. Des 9 malades, qui y ont succombé, 4 ont été emportés rapidement par des accidents non spécifiés (1), les 5 autres sont morts de phlébite double (2),

(1) Obs. 12, 13, 21 de ma thèse et 15 de mon deuxième mémoire.
(2) Obs. 24 de mon deuxième mémoire.

d'hémorrhagie et de fièvre (1), d'infiltration d'urine (2), de perforation de la vessie (3). Par contre la taille sus-pubienne ne compte à son passif que 6 cas mortels : 2 déterminés par des accidents inconnus (4), les 4 autres par des accidents de péritonite, de cellulite, d'infiltration d'urine (5), et encore est-il juste de faire remarquer que dans ce dernier cas, qui appartient à Guyon, la tentative faite par l'éminent chirurgien dans le but de prévenir toute récidive du néoplasme constitue une véritable circonstance atténuante en faveur de la voie hypogastrique. L'opérateur avait en effet essayé de réséquer la vessie de dehors en dedans.

La statistique actuelle portant sur plus du double de faits que celle, qui se trouve dans ma thèse, confirme de la façon la plus éclatante l'exactitude de l'opinion émise dès le début par mon maître le professeur Guyon et que je défendais dans ce premier travail à savoir : la supériorité de la voie hypogastrique sur la voie périnéale.

Et ce n'est pas seulement lorsqu'on envisage les risques de mort, que s'affirme la grande valeur de l'opération de Franco restaurée et perfectionnée de nos jours, c'est aussi dans la facilité qu'elle offre au chirurgien pour remplir les multiples et délicates indications d'exérèse des néoplasmes vésicaux. Il suffit de lire le récit détaillé des opérations faites par l'une et l'autre méthodes, et surtout d'en avoir été témoin, pour se convaincre de la difficulté des manœuvres d'extirpation des tumeurs de la vessie par l'étroit canal uréthro-prostatique, et de l'aisance avec laquelle le chirurgien détruit jusqu'aux moindres végétations suspectes de la muqueuse, à travers la large ouverture de la cystotomie sus-pubienne. L'ingénieux et si simple moyen de suspension des lèvres de la vessie ouverte imaginé par le professeur Guyon, les écarteurs construits par Bazy permettent d'agir au sein de ce

(1) Obs. 1 de mon deuxième mémoire.
(2) Obs. 26 du présent travail.
(3) Obs. 15 de ma thèse et 47 du présent travail.
(4) Obs. 19 de mon deuxième mémoire et 61 du présent travail.
(5) Obs. 7, 11 de ma thèse, 25 et 31 du présent travail.

viscère naguère inaccessible comme sur une partie naturellement découverte, l'éclairage électrique enfin ajoute un dernier perfectionnement à cette méthode déjà si parfaite.

Les opérateurs ont si bien compris les avantages de l'ouverture du réservoir urinaire par-dessus le pubis pour l'extirpation des néoplasmes, que tous à peu près s'y sont aujourd'hui ralliés. Sans parler des chirurgiens de notre pays, dont la préférence pour l'opération de Franco est marquée, nous voyons les opérateurs allemands Geza von Antal, Billroth, Dittel, Volkman, Koch l'employer presque exclusivement. En Angleterre, la méthode sus-pubienne gagne de jour en jour du terrain, et sir H. Thompson lui-même, partisan exclusif de la boutonnière périnéale pendant plusieurs années, a pratiqué dans quelques-unes de ses dernières opérations la cystotomie hypogastrique et lui a reconnu de sérieux avantages. Sans avoir renoncé complètement à la voie périnéale, l'éminent chirurgien semble cependant dans une récente leçon en faire une méthode d'exception applicable aux petites tumeurs solitaires, bien pédiculées, que les recherches d'anatomie pathologique montrent être si rares. A côté de l'opinion seconde de l'illustre urologiste d'outre-Manche, citons les appréciations des chirurgiens du même pays sur la valeur de la taille hypogastrique. C'est d'abord Sydney Jones, qui après avoir placé sans la moindre difficulté, à la faveur de la cystotomie hypogastrique, un serre-nœud à la base d'un papillome implanté sur la paroi droite de la vessie près de l'uretère et l'avoir sectionné au ras de la muqueuse, déclare accorder toutes ses préférences à la voie sus-pubienne. C'est ensuite Greig Smith qui, faisant ressortir les avantages précieux de l'opération faite d'après les modifications de Petersen, recommande de ne distendre la vessie qu'après les incisions pariétales faites, le doigt placé sur le réservoir en surveillant le développement. Puis Bennett May, qui déclare à la Mydland medical Society que, pour la majorité des cas de

tumeurs de la vessie, la cystotomie sus-pubienne est bien préférable à la cystotomie périnéale. Enfin Thomas Bryant, ayant déterminé une perforation mortelle de la vessie chez un néoplasique opéré par la boutonnière périnéale, fait remarquer que, si l'on avait ouvert la vessie au-dessus du pubis, l'opéré aurait été sauvé.

(*A suivre.*)

REVUE CLINIQUE

De l'hypertrophie et de la régénération compensatrice du rein,

par M. le docteur Tuffier,
Chirurgien des hôpitaux.

(Note communiquée à la Société anatomique.)

J'ai présenté au mois d'avril dernier, à la Société anatomique, des pièces qui montraient la possibilité de faire des résections successives du rein. J'établis alors que le pouvoir d'hypertrophie compensatrice de cet organe était presque indéfini, puisque je pouvais supprimer progressivement le poids total des deux reins d'un animal sans entraîner la mort. Le fragment que je laissais subissait une augmentation de volume qui suffisait à l'excrétion parfaite de l'urine. Je pus ainsi déterminer la quantité de parenchyme rénal nécessaire à la vie. Il faut une moyenne de 1 gr. à 1 gr. 10 de rein par kilogr. de substance à dépurer.

En présence de ces faits, j'émis devant vous l'hypothèse que cette hypertrophie était due à une régénération de l'organe. Cette opinion ne fut pas partagée *a priori* par la Société. J'ai cherché à en prouver l'exactitude, et ce sont ces résultats que je viens vous montrer.

J'examinai histologiquement au laboratoire de M. Cornil, et avec la collaboration de mon collègue Toupet, les fragments enlevés successivement tous les mois. Plus de cent coupes faites dans ce but ne nous conduisirent qu'à un parfait insuccès. Nous trouvions une hypertrophie vraie portant sur les glomérules et les tubes contournés, et au micromètre cette hypertrophie était d'un quart.

Ce premier résultat ne concordait pas avec ce que l'expérience me donnait, car l'augmentation de volume en poids était de 100 p. 100. Il y avait donc erreur quelque part.

Aussi je n'en restai pas là et je pensai que nos coupes, provenant d'une hypertrophie datant d'un mois, montraient une régénération parfaite qui ne permettait pas de distinguer les éléments régénérés des éléments anciens. Je repris mes recherches pour savoir à quel moment commençait et se terminait l'hypertrophie.

Je m'adressai pour cela aux faits cliniques et à l'expérimentation. La lecture des rares observations de néphrectomie ne me conduisit à aucun résultat.

Les observations bien prises sont rares, et le rein du côté opposé peut fonctionner seul depuis longtemps car celui qu'on enlève est généralement malade. C'est pourquoi je m'adressai à l'expérimentation pour obtenir des résultats fermes.

L'analyse et le dosage de l'urine me montra que, du 8e au 12e jour après la néphrectomie, l'activité fonctionnelle était rétablie. Fort de ces premières conclusions je fis de nouvelles extirpations de la glande rénale, nous examinâmes les fragments en voie d'hypertrophie depuis 5 à 15 jours.

Notre persistance fut suivie d'un plein succès, et vous pouvez constater sur ces pièces, non seulement la régénération glomérulaire du rein, mais encore l'évolution même de cette régénération.

Elle débute par une néo-formation vasculaire qui aboutit à la formation d'une anse vasculaire qui bientôt devient un

glomérule complet, lequel s'entoure d'une capsule de Bowman, formée aux dépens du tissu conjonctif ambiant et allant s'ouvrir au niveau d'un tube contourné.

Au 8ᵉ jour après une néphrectomie chez le chien, on trouve dans le rein du côté opposé des modifications qui portent sur le parenchyme préexistant et sur des éléments de nouvelle formation.

Toutes les parties constituantes de l'organe comparées à celles de l'organe enlevé sont plus volumineuses, et sans aucune mensuration le fait est appréciable. Les glomérules sont plus gros, l'espace qui les sépare de la capsule de Bowman est plus considérable, la capsule de Bowman ne paraît pas plus épaisse, mais elle a suivi le glomérule dans son expansion. Les tubes contournés sont également plus volumineux, leur lumière et leurs cellules épithéliales ont, par conséquent, des dimensions supérieures à la normale; mais le noyau des cellules et leurs granulations n'ont pas subi de changements manifestes. Toutes ces parties mesurées au micromètre nous ont montré une augmentation de volume d'un quart.

Les artères, les veines ont subi la même augmentation de volume sans qu'il y ait aucune modification dans leur structure. Les tubes collecteurs sont normaux.

Les éléments de nouvelle formation sont les suivants :

Sur une préparation colorée par le picrocarmin (2, 13 septembre 1888) on voit dans certaines portions de la substance corticale de grandes travées rouges qui s'étendent depuis l'arc vasculaire du rein jusqu'aux abords de la surface.

Ces travées correspondent à des vaisseaux irrités et l'on remarque, tant dans la travée que dans les environs, une quantité tout à fait anormale de glomérules. Parmi ces glomérules, les uns sont complets, d'autres paraissent en évolution et l'on trouve là tous les degrés, depuis le bourgeon vasculaire simple jusqu'au glomérule parfait. Ce travail de régénération semble ne pas se faire uniformément dans

toute l'étendue du tissu rénal, il est limité à certaines régions plus spécialement.

Tous les processus de néphrite évoluent d'ailleurs de cette façon et n'occupent jamais que des portions limitées, à côté desquelles le tissu du rein est sain ou presque sain.

On voit très nettement que les travées d'irritation dont nous avons parlé sont sous la dépendance de gros vaisseaux. Le calibre de ces vaisseaux est augmenté de volume ; leur paroi est épaissie, infiltrée de cellules embryonnaires ; puis de ces gros vaisseaux, tranchant nettement au milieu des tubes contournés, partent les branches secondaires dont les unes se terminent par des glomérules, les autres forment des bouquets qui s'insinuent entre les tubes contournés et n'ont encore qu'une apparence très vague de glomérule complet.

En somme, dans ces régions on voit deux choses distinctes : des glomérules accumulés en grande quantité au milieu des travées irritatives, puis dans les régions voisines d'autres glomérules qui semblent en train de se former.

Tantôt on voit des bourgeons très allongés, aussi larges à leur insertion sur le vaisseau principal qu'à leur extrémité. Celle-ci se perd entre des tubes contournés, trois ou quatre en général, qui la limitent ; elle est immédiatement en contact avec eux.

La continuité de ces bourgeons vasculaires avec les principales artères glomérulaires irritées n'est pas toujours facile à établir ; parfois au milieu des tubes contournés on ne voit que les anses vasculaires en peloton ne ressemblant encore que très vaguement à un glomérule dont elles sont loin d'ailleurs d'atteindre le volume.

Ces anses ne sont reliées par aucun pédicule, mais comme dans les mêmes régions on aperçoit nombre de vaisseaux hypertrophiés, dilatés, dont la continuité avec les artères glomérulaires est nette, il y a tout lieu de croire que ces pelotons s'y relient et que cette continuité existe.

Il semble donc indubitable qu'il y a là une prolifération

de tout le système vasculaire, prolifération beaucoup plus intense dans certaines portions du rein.

Les vaisseaux proliférés se terminent par des sortes de bouquets de capillaires, qu'on peut considérer comme devant donner plus tard naissance à des bouquets glomérulaires.

Comment ces bouquets, logés là au milieu des tubes contournés, se transforment-ils en glomérules?

Il nous a été assez difficile jusqu'ici de suivre directement l'évolution complète de cette transformation.

Un fait cependant nous a frappé. Il n'est pas absolument rare, même sur un rein normal, de rencontrer deux glomérules en contact l'un avec l'autre. Sur les reins hypertrophiés, le fait nous a paru plus fréquent qu'à l'état normal. Le volume de ces glomérules est également plus considérable.

En troisième lieu, on voit nettement dans certains cas que le bouquet glomérulaire a deux pédicules au lieu d'un. Parfois encore, on voit une cavité glomérulaire à moitié vide, il ne reste qu'un bouquet ne paraissant pas d'ailleurs comprimé par un exsudat comme le fait s'observe dans la néphrite glomérulaire.

Si on joint à cela que le processus de prolifération est beaucoup plus actif dans les environs des glomérules, on peut se demander si les bourgeons vasculaires ne pénètrent pas dans les cavités glomérulaires pour se développer à côté des anses existant antérieurement et former un glomérule à deux pédicules, les deux portions resteraient d'ailleurs simplement au contact l'une de l'autre. Dans d'autres circonstances enfin on voit nettement deux cavités glomérulaires à peu près d'égales dimensions, communiquant l'une avec l'autre. Cette communication est peut-être plus fréquente qu'on ne pourrait le supposer d'après l'examen des coupes. Si l'on pense que les glomérules ont une forme sphérique et que le contact de ces deux sphères peut s'établir sur un point assez limité, il est à présumer

que nombre de cavités qui sur les coupes semblent simplement rapprochées, communiquent soit au-dessus soit au-dessous de la surface de section.

Cette pénétration des anses glomérulaires dans les cavités préexistantes nous semble être le mode d'entrée en fonction des glomérules de compensation, au moins dans l'immense majorité des cas. Nulle part en effet on ne trouve de processus d'irritation du côté des tubes contournés, au moins dans ceux qui sont immédiatement en contact avec les vaisseaux néoformés.

Il ne nous reste plus à établir que la façon dont s'abouche la nouvelle capsule de Bowman dans les tubes contournés. Il se fait sans doute une ouverture directe dans un des nombreux canaux qui serpentent à la surface de cette capsule. Le collet rétréci dans le rein du chien est, au contraire, large chez le lapin, et c'est là que nous éluciderons ce dernier point. Il n'a d'ailleurs qu'une importance secondaire puisqu'on ne le voit presque jamais sur ces coupes normales du rein.

REVUE CRITIQUE

De l'endoscopie vésicale ou cystoscopie.

Depuis longtemps on cherche à appliquer à la cavité vésicale l'examen direct par la vue. Il est incontestable que la question a fait un grand pas dans ces dernières années, grâce aux instruments peu à peu inventés et perfectionnés par M. Nitze (de Berlin). Après une série de mémoires séparés, l'auteur vient de faire paraître un traité didactique

dont nous avons à rendre compte (1). Nous le ferons en suivant à peu près les divisions de l'auteur.

I. — THÉORIE ET TECHNIQUE GÉNÉRALE

1° **Principe de la méthode.** — Les essais anciens se basent sur le principe suivant : introduire par l'urèthre dans la vessie un tube dans lequel on puisse projeter un faisceau lumineux et, d'un œil placé à l'ouverture externe de ce tube, examiner la partie de vessie ainsi éclairée. Mais l'on n'éclaire et l'on ne voit de la sorte qu'une surface bien peu étendue ; et on l'éclaire assez mal, car bien des rayons se perdent, à l'aller et au retour, en passant par ce défilé si long et si étroit.

La question en était là, et on vivait sur l'endoscope de Désormeaux, lorsque Nitze commença ses recherches, en 1876. Il pensa, tout d'abord, qu'il fallait introduire la source lumineuse dans la vessie elle-même : toute la surface vésicale se trouverait ainsi illuminée, sans déperditions dues à la longueur du canal à parcourir. Cette idée est réalisable avec les petites lampes électriques que nous possédons aujourd'hui, assez petites pour être contenues dans une sonde n° 20 ou 21 : Nitze a donc mis une lampe de cette espèce au bout du bec d'un gros cathéter coudé, analogue par sa forme à un lithotriteur. Par le reste du tube on peut regarder : sans aucun artifice si, dans le prolongement de l'axe, on fait une fenêtre à la face convexe du coude; ou bien, si l'on fait la fenêtre latérale ou supérieure, à la seule condition de la garnir d'un prisme à réfraction totale.

Restait une difficulté à vaincre : vu l'étroitesse et la longueur du tube, le champ visuel ainsi obtenu est singulièrement restreint. Mais un appareil d'optique convergent peut permettre de l'élargir, en condensant une large surface vési-

(1) MAX NITZE, *Lehrbuch der Kystoscopie. Ihre Technik und klinische Bedeutung*, mit 6 Tafeln, und 26 Abbildungen im Texte. Wiesbaden, J.-F. Bergmann, 1889.

cale en une petite image ne dépassant pas les dimensions du tube endoscopique. Cette image sera examinée, grossie, à l'aide d'une loupe située au pavillon même de la sonde, devant l'œil de l'observateur.

A. *Choix de la source lumineuse. Appareil électrique.* — Nitze a d'abord usé de lampes électriques à fil de platine : leur échauffement étant grand, il fallait assurer par un courant d'eau la refrigération de la vessie. Autant de place perdue pour les rayons lumineux dans le cathéter; de plus, instrument compliqué : aussi ces tentatives ne se vulgarisèrent point. Puis fut inventée la lampe Edison, qui s'échauffe fort peu, et de plus est mise en action par une simple pile à l'acide chromique mélangé d'acide sulfurique avec des pôles zinc et charbon. C'est bien plus pratique que la pile Bunsen, jusque-là nécessaire. Mais un courant trop fort fait brûler entièrement le fil de charbon dont l'incandescence produit la lumière, et tout s'éteint. De là des détails importants de pratique. Il faut avoir une batterie formée de 6 ou 8 éléments, et savoir : 1° que lorsque le liquide est neuf, le courant a une grande force, qui décroît vite pendant les premiers temps, pour ne plus s'atténuer ensuite que peu à peu : 2° que la susceptibilité individuelle des lampes est très variable. Aussi à chaque fois qu'on rechargera la pile ou qu'on changera de lampe (1), aura-t-on soin d'essayer l'effet du courant en n'établissant d'abord la communication qu'avec un ou deux éléments, auxquels on accouplera ensuite les autres, un à un, jusqu'à ce que, dans la lumière absolument blanche, le contour du fil ne soit plus perceptible. En deçà, l'éclairage est insuffisant; un élément de plus, et l'extinction par consomption totale arrive brusquement.

Avec cette lampe, il est inutile d'amener dans la vessie

(1) Pour recharger les piles on emploie le mélange suivant : acide chromique 500 grammes dissous dans un litre d'eau ; acide sulfurique anglais concentré 140 cc. dans un litre d'eau. Cela dure environ 3 mois entre les mains de Nitze. Une lampe dure environ 6 mois (à s'en servir beaucoup) sauf accident : une lampe de rechange coûte 4 marks = 5 francs.

un courant réfrigérant. A côté de l'appareil optique, le cathéter n'aura donc à contenir que les fils conducteurs; le fil, plutôt, et logé dans une rainure de la face interne, car la tige métallique de l'instrument lui-même constitue le conducteur du second pôle.

B. *Appareil optique.* — Nous avons dit qu'un prisme à réfraction totale redresse les rayons lumineux et les projette dans l'axe du tube uréthral. Interposons entre eux et notre œil un appareil convergent achromatique placé de façon que l'objet lumineux soit situé entre le plan focal (où tout faisceau de lumière parallèle converge en un point) et le plan principal (deux fois plus éloigné du centre optique de l'appareil que le plan focal) : *Nous aurons, entre nous et la lentille, une image réelle, renversée et diminuée*, d'autant plus diminuée que la distance sera plus grande de l'objet au plan principal, et que la force de convergence de la lentille sera plus puissante. Mais, si cette force est grande — et elle doit l'être — l'image sera située tout près de l'extrémité vésicale du tube; reprenons-la donc à l'aide d'une seconde lentille convergente placée, elle aussi, de telle façon que nous ayons près du pavillon une *deuxième image réelle, diminuée encore plus, et cette fois redressée.* C'est celle-là, enfin, que nous regarderons à la loupe, *la transformant en une image virtuelle, agrandie et droite*, si elle se trouve située entre la surface de la lentille et son foyer. Réaliser ces données théoriques est affaire de calculs.

2° Description des instruments. — Actuellement, Nitze a relégué dans l'arsenal historique ses premiers *cystoscopes*, — nom préférable à *endoscope* qui ne spécifie pas dans quoi on regarde. Il se sert actuellement de trois modèles, dont un va nous servir de type. Tous trois ont, à peu près, la forme et les dimensions d'un lithotriteur.

A. *Disposition de la lampe.* — Elle est la même dans les trois modèles. La lampe est entourée d'une coque d'argent (*e*) percée d'une fenêtre (*f*) par laquelle émergent les

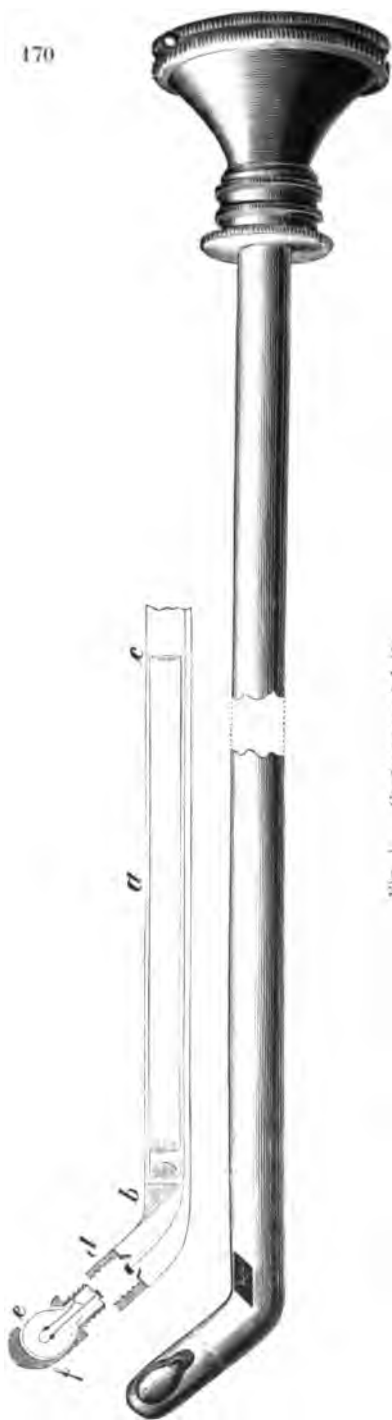


Fig. 1. — Cystoscope n° 1 (1).

rayons éclairants. Nitze a d'abord cru qu'il faudrait garnir cette fenêtre d'une lame de cristal de roche pour protéger la lampe : c'est inutile, et dans les instruments nouveaux la lampe est à nu.

Le bout de sonde ainsi constitué se termine par une vis mâle, qui s'adapte exactement à une vis femelle (*d*), creusée à l'extrémité vésicale du cystoscope. Une fois la lampe vissée à fond, la figure ci-jointe montre comment est établi le contact électrique.

B. *Disposition de l'appareil optique.* — Sur les lentilles, rien à ajouter aux principes précédemment exposés et à la figure ci-jointe. On voit de plus, sur cette figure, que le prisme est enchâssé, par une des faces de l'angle droit, dans une ouverture carrée

(1) Cette figure, ainsi que les autres, est due à l'obligeance de M. Nitze qui a bien voulu envoyer aux *Annales* quelques clichés de son livre et faciliter ainsi notre besogne.

aite en haut à l'extrémité vésicale de la partie rectiligne u cystoscope. La face hypoténuse du prisme prolonge exacement l'inclinaison du bec.

La tige uréthrale est rectiligne. Elle se termine par un avillon muni de la loupe, et formant dès lors objectif. Ce avillon porte, dans le plan vertical médian de l'instrunent, un bouton important pour se repérer; à lui aboutissent nfin les rhéophores.

Les cystoscopes n° II et n° III ne diffèrent de celui qui est iguré ici (cystoscope n° I) que par la coudure de l'instrument et par la position de la fenêtre du prisme sur la courte porion entre la lampe et le coude, en arrière (cystoscope n° II) ou en avant (n° III).

Dans les trois instruments, la fenêtre de la lampe regarde dans le même sens que la fenêtre du prisme.

3° **Technique dans un cas simple.** — Un cas est simple lorsque les trois conditions suivantes sont réalisées : 1° l'urèthre est perméable; 2° la vessie est tolérante; 3° on peut maintenir dans cette vessie un milieu limpide.

Cela étant, voici les règles principales.

Le sujet est placé sur le dos, le bassin élevé, les cuisses fléchies et écartées, dans la position dite de la taille. Le chloroforme est inutile. Les précautions antiseptiques seront rigoureuses, surtout lorsque le sujet n'a pas de cystite. Tous les instruments sont lubrifiés à la glycérine, l'huile et les diverses graisses ayant l'inconvénient de ternir et la lampe et le prisme, tandis que la glycérine restée adhérente au verre se dissout vite dans le liquide intravésical.

1er *temps :* Évacuer la vessie, car la couleur jaune de l'urine est une condition optique défectueuse pour le milieu transparent où la lampe doit rayonner.

2e *temps :* Laver avec soin l'urèthre pour éviter qu'un reste de mucus ne vienne adhérer aux verres et les obscurcir. Pour cela, laver d'abord l'urèthre antérieur, puis

l'urèthre postérieur et enfin la vessie, en laissant ensuite le malade pisser ce liquide, ce qui lavera une fois de plus l'urèthre.

3e *temps :* Cocaïniser l'urèthre antérieur, puis le postérieur, puis la vessie. Cela n'est pas indispensable dans les cas ordinaires, mais la précaution est bonne, car elle évite au patient toute sensation désagréable. Nitze injecte dans la vessie 50 centimètres cubes de solution à 2 p. 100.

4e *temps :* Injecter dans la vessie 150 centimètres cubes d'une solution antiseptique incolore. Faire l'injection avec une seringue et non avec un irrigateur, de façon à bien apprécier la résistance de l'organe.

5e *temps :* Injecter dans la vessie une petite bulle d'air qui, surnageant au point le plus élevé (paroi antéro-supérieure), servira de point de repère.

6e *temps :* Introduire le cystoscope, ce qui, vu la courbure et le diamètre (n° 20 ou 21, 16 pour les enfants), n'a rien de bien spécial.

7e *temps :* Manœuvrer dans la vessie et regarder. Il n'y a pas besoin d'apprendre à y voir, comme pour l'ophthalmoscopie. Mais il faut savoir s'orienter et interpréter ce qu'on voit : or, cette éducation est assez longue. Il y a, en effet, peu de points de repère pour se diriger : le trigone est à peu près le seul, et artificiellement on y joint la bulle d'air. En outre, l'image est assez déformée, surtout quand on regarde les parties inférieures, parce que ses dimensions sont d'autant plus grandes que l'objet est plus près du prisme. Enfin, les déplacements de ces images pendant les déplacements de l'instrument ne sont bien interprétés que si on a une connaissance exacte des propriétés optiques de l'appareil ; si on se souvient toujours bien, pendant la manœuvre, dans quel sens le prisme est incliné sur la région examinée et à quelle distance il en est. L'éducation s'acquerra soit dans une vessie artificielle, soit sur le cadavre ; soit, mieux encore, dans la vessie normale d'un vivant. Nitze dit avoir fait supporter à un patient bien portant deux

ıeures d'examen : c'est beaucoup, malgré la cocaïne, pour ın individu qui n'en retirera aucun bénéfice.

Le cystoscope n° I étant introduit dans la vessie, on le neut à peu près comme un lithotriteur, en faisant des nouvements d'avant en arrière et de rotation ; en changeant 'axe de ces mouvements par des déplacements du pavillon lans le sens transversal ou dans le sens vertical. Il ne faut amais laisser la lampe au contact de la paroi, qu'on pourait brûler : on reconnaît ce contact à un obscurcissement ouge, total ou partiel, du champ visuel, la paroi déprimée par le bec formant capuchon et venant empiéter plus ou moins sur le champ lumineux du prisme.

Pour explorer méthodiquement la vessie avec le cystoscope n° I, Nitze conseille les *cinq mouvements* suivants : 1° tourner l'instrument de façon que le bec fasse avec la verticale un angle de 22 degrés et demi à droite ; puis, élevant un peu le pavillon, pousser la sonde jusqu'au contact de la paroi postérieure et alors élever peu à peu le pavillon pour que peu à peu le bec, s'abaissant et se rapprochant de l'horizontale, longe le plus possible la paroi postérieure ; 2° tourner le cystoscope de 45° à gauche en élevant le pavillon, et retirer l'instrument, doucement, au contact du bas-fond, pour conduire le coude au col de la vessie ; 3° une fois là, tourner encore le bec de 45° à gauche et déplacer le pavillon vers la gauche, puis pousser pour prendre à nouveau le contact de la paroi postérieure ; 4° déplacer le pavillon vers la droite, tout en tournant le bec de 135° à droite, et retirer l'instrument pour revenir au col ; 5° enfin abaisser le pavillon et enfoncer dans la vessie le bec, qui regarde alors en bas et en arrière. Ce dernier temps est le plus difficile. De sa perfection dépend la vue complète ou incomplète du bas-fond avec le cystoscope n° I. Si cette vue reste incomplète, alors on aura recours au n° II, puis au n° III.

Dans tous ces mouvements, on se guide sur la position du bouton mentionné sur la partie supérieure du pavillon.

4° **Technique dans les cas difficiles.** — A. *Hypertrophie prostatique.* — Il en résulte des difficultés même lorsque les trois conditions essentielles indiquées plus haut sont réalisées. L'allongement de l'urèthre est important : il faut le mesurer à l'avance et choisir un instrument long en conséquence. Et puis, ces prostates saignent facilement et il n'est pas rare, pour peu que l'on n'ait pas d'emblée trouvé le droit chemin, de constater, une fois dans la vessie, que les verres ont ramassé au passage une pellicule sanguine qui obscurcit toute image : cet écueil sera souvent évité si l'on a soin à l'avance d'explorer et de frayer la route. Les manœuvres intra-vésicales, enfin, sont difficiles, surtout pour le cinquième mouvement. C'est dans ces conditions que l'on aura souvent besoin du cystoscope n° 2.

B. *L'urèthre n'est pas perméable.* — Un *rétrécissement ordinaire* sera traité d'abord et l'on pratiquera la cystoscopie le jour où l'on pourra passer le n° 23. Le *rétrécissement du méat* ne sera pas débridé à la bascule : le sang salirait les surfaces transparentes. Nitze le divulse avec un mandrin conique.

C. *La vessie n'est pas dilatable.* — L'examen est possible lorsque la vessie ne tolère que 100 grammes, 60 grammes même de liquide. Mais quelquefois elle ne veut rien recevoir, ou à peu près. En pareil cas, diverses catégories sont à établir.

Dans l'une, la cause est dans l'*infiltration et l'induration des parois* (abcès, callosités, cicatrices). Alors, rien à faire : à vouloir triompher de l'obstacle on s'expose à la rupture de la vessie,

Dans l'autre, il s'agit d'un *spasme réflexe*, par douleur. Pour les *cas légers*, on peut souvent réussir à l'aide d'une injection sous-cutanée de morphine ; la cocaïne a peu d'efficacité. On aura encore la précaution de n'injecter que peu de liquide pour laver la vessie ; de ne pousser que peu à peu l'injection définitive, habituant ainsi peu à peu la vessie à la distension. Dans les *cas intenses*, le malade sera soumis

pendant quelques jours au repos au lit, aux suppositoires morphinés, aux balsamiques (au santal surtout); si les phénomènes inflammatoires persistent, on fera des injections faiblement astringentes ou des instillations argentiques; les phénomènes inflammatoires une fois un peu éteints, on soumettra la vessie à des séances de dilatation progressive. Avec ce moyen, on arrivera le plus souvent à éviter le chloroforme qui, en tout cas, est d'ailleurs souverain : Nitze n'y a eu recours que 3 fois, dont 2 sur la demande expresse de malades pusillanimes. Dans ces conditions on peut agir, car la rupture n'est pas à craindre.

Dans la *troisième catégorie*, la vessie, tolérante au début, s'irrite pendant les injections préparatoires, devient rebelle à la cocaïne, expulse son contenu entre l'urèthre et la sonde. C'est ce qui a lieu si l'opérateur, sentant au piston une résistance légère, veut triompher de l'obstacle par la force : il va au-devant d'une défaite certaine. Pour vaincre, il faut reculer d'abord, puis revenir à la charge avec douceur, après s'être bien assuré que le bec n'est pas au contact du col, région qui, dans ces vessies, ne supporte pas la moindre violence. En même temps, un aide comprime l'urèthre autour de la sonde pour empêcher le liquide, injecté lentement, de s'écouler au fur et à mesure. Au reste, presque toujours la morphine surmonte ces difficultés.

D. *Le milieu intra-vésical n'est pas transparent.* — Pour les *exsudats inflammatoires*, c'est affaire de lavages. Mais le *sang*? Une hémorrhagie sérieuse est un obstacle absolu. Si on voit un peu de sang teinter les liquides employés à laver, on doit injecter vite les 150 grammes nécessaires et faire l'exploration avant que l'hémorrhagie n'ait eu le temps d'opacifier le milieu. Si on voit la vessie saigner lorsque les dernières gouttes du liquide injecté s'écoulent, il faudra laver à nouveau et ne pas laisser l'évacuation se compléter cette fois avant de pratiquer l'injection finale.

II. — EXAMEN ENDOSCOPIQUE DANS LES CAS PARTICULIERS.

Nous avons cru devoir insister sur les détails de technique générale, nous proposant de glisser plus rapidement sur les faits spéciaux des cas particuliers.

1° **Vessie normale.** — Sa connaissance exacte est le point de départ indispensable. La couleur de la muqueuse est pâle, d'autant plus que la lumière est plus vive. La surface est lisse, spécialement au niveau du trigone. On y voit ramper des vaisseaux : sur les sujets jeunes, les artères surtout apparaissent, en arborisations qui montent à partir du col; sur les sujets vieux, les veines dominent, mais sans jamais former rien d'analogue aux hémorrhoïdes.

Les points de repère sont : 1° l'*aspect du col*, formant dans le bas de l'image une courbe à concavité supérieure, ordinairement unie, rarement rendue dentelée par l'existence de plis radiés. On fait revenir le prisme en partie dans l'urèthre, et la ligne du col est remplacée par une ombre rougeâtre, l'angle qui empiète sur le prisme étant rendu diaphane par l'éclairage intra-vésical. Si on pousse au contraire l'instrument, la ligne du col diminue, puis disparaît. 2° La *bulle d'air* apparaît vers ce moment, reconnaissable à sa forme, à ses reflets, à sa mobilité. Elle jalonne le point culminant. 3° A la face inférieure se voient les élevures sur lesquelles s'ouvrent les *uretères*. Élevures très variables, toujours vues de près et par conséquentgrossies. Elles en imposeraient donc sans peine pour une tumeur, n'était l'orifice de leur sommet. Ces élevures, observées pendant quelque temps, subissent des mouvements, puis brusquement on a la sensation d'un jet liquide clair (mais non pas jaune) s'élevant vers le prisme : c'est l'écoulement, saccadé, de l'urine, dans la vessie.

2° **Vessie à colonnes. Diverticules.** — Les colonnes musculaires font des saillies claires, nettes, entre lesquelles sont des dépressions multiples, d'autant plus ombrées qu'elles sont plus profondes, et l'orifice plus étroit. L'absence de colonnes concomitantes caractérise certains diverticules uniques, à entrée large, qui pour Nitze sont congénitaux.

3° **États inflammatoires.** — Ils se caractérisent par la *rougeur*, le *gonflement* et les *exsudats*. La rougeur est très variable : quelquefois nulle, elle peut être intense ; avec suffusions hémorrhagiques, avec hémorrhagies même, que l'on voit se faire parfois goutte à goutte par l'image cystoscopique. Le gonflement simulerait certaines vessies à colonnes, si les saillies n'étaient ici plus rouges, plus lourdes de forme. Les exsudats sont tantôt adhérents à la paroi ; tantôt ils flottent dans le liquide qui peu à peu se trouble.

Dans les formes aiguës, où d'ailleurs l'examen est douloureux et difficile, la rougeur domine. Dans les formes chroniques, c'est le gonflement et l'exsudation.

La *cystite blennorrhagique chronique* est remarquable par l'existence de plaques rouges, gonflées, nettement isolées ; entre lesquelles la muqueuse est saine.

La *tuberculose* est mal connue. A un état avancé, la douleur rend l'examen impossible. Au début, le diagnostic est souvent douteux et l'état local n'a rien de bien caractéristique. Trois fois pourtant Nitze a constaté des altérations précoces remarquables. La muqueuse, presque partout normale, présentait un groupe ou deux de petits éléments, arrondis, larges au plus comme une lentille, rouge foncé, à bord net et très rouge, séparés les uns des autres par des espaces ayant leur dimension, ou plus. Toute la plaque avait une teinte rose diffuse.

4° **Pierres et corps étrangers.** — La cystoscopie permet de les voir en les touchant, de constater leur mobi-

lité, leur forme, leur situation. Pour apprécier le volume, il faut une grande habitude. La difficulté de l'examen est assez grande pour les pierres situées dans des diverticules; et surtout pour les cas où il y a de la cystite, du pus, des hémorrhagies. C'est principalement alors qu'il faut laver la vessie avec soin, sans jamais la laisser se vider complète-

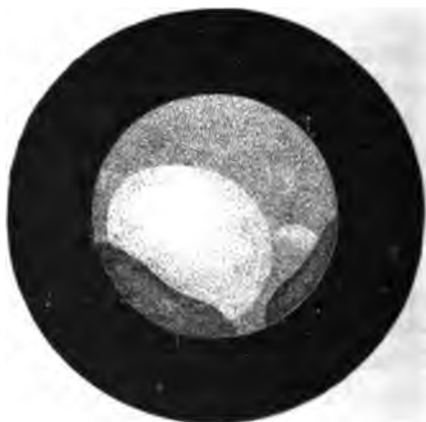


Fig. 2. — Pierre phosphatique avec hypertrophie de la prostate.

ment pendant les manœuvres préparatoires. La figure ci-jointe montre l'aspect d'une pierre située derrière une prostate hypertrophiée. (Voy. *fig.* 2.)

5° **Tumeurs.** — Les tumeurs sont le triomphe de l'endoscopie, et l'on aurait tort d'exagérer les obstacles venant de l'hémorrhagie. Souvent une tumeur saigne sans cause, ou à peu près; mais elle supporte, en général, mieux qu'on ne le dit les froissements intenses. Ici encore, pendant les manœuvres préparatoires on ne laissera pas la vessie se mettre à sec; si l'urine est claire, on évitera les lavages avant l'injection définitive, et même on se bornera à employer comme milieu transparent l'urine qu'on aura laissé s'accumuler. En pareille circonstance, on introduira la cocaïne dans la vessie à l'aide d'une injection uréthrale forcée. L'instrument

une fois entré, il faut éviter autant que possible les manipulations qui font saigner. On renoncera donc aux cinq mouvements de l'exploration méthodique, et l'on regardera

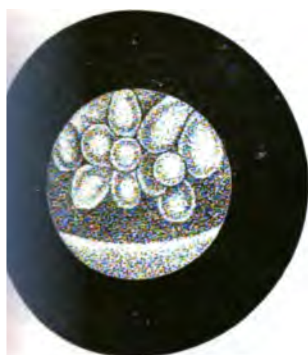


Fig. 3.



Fig. 4.

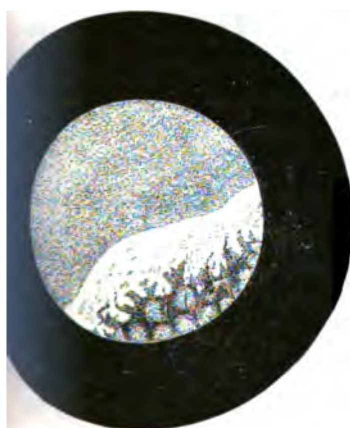


Fig. 5.



Fig. 6.

Les figures 2 à 6 permettent au lecteur de se rendre compte des images cystoscopiques fournies par les tumeurs.

tout de suite le siège de prédilection : la face inférieure. Les résultats sont plus nets pour les tumeurs petites que pour les grosses; pour les pédiculisées que pour les infiltrées. L'examen est difficile quand il y a cystite surajoutée; et quand il survient des hématuries dues au spasme de la vessie. Souvent enfin le malade vient consulter à l'occasion d'un pis-

sement de sang : l'exploration n'est alors praticable qu'après cessation de la période hématurique. (Suivent 20 observations.)

6° **Hypertrophie de la prostate.** — La cystoscopie permet de déterminer les modifications mécaniques du col et du bas-fond, et les modifications pathologiques secondaires de la vessie (vessie à colonnes; cystite).

III. — VALEUR DE LA CYSTOSCOPIE POUR LE DIAGNOSTIC ET POUR LA THÉRAPEUTIQUE.

Nitze passe en revue les diverses manières d'interroger et d'explorer les malades atteints de troubles urinaires, et il conclut que seule la taille hypogastrique donne des résultats plus précis que ceux de la cystoscopie. Le point vulnérable, c'est que l'intolérance vésicale, le rétrécissement de l'urèthre, le pus et le sang rendent parfois cet examen impossible. Mais il faut noter que la suppuration, et partant les spasmes de la vessie, sont liés à une infection par un cathétérisme antérieur; que ces causes d'échec n'existeraient pas si on se résolvait — ce qui devrait être — à regarder dans la vessie avant de sonder autrement le malade. Le moment où cela sera réalisé n'est pas proche : Nitze n'a pas vu venir à lui un seul patient qui n'ait déjà subi le cathétérisme.

1° Les progrès que la cystoscopie a fait faire au **diagnostic** ne sont pas contestables. Les cas sont nombreux, aujourd'hui encore, où l'on hésite à incriminer, soit la vessie, soit le rein : l'examen direct jugera la question. Pour les *urines purulentes*, il est important de pouvoir regarder le liquide qui sort des uretères, et cela permettra de plus, dans certains cas, de déterminer quel est l'état respectif de chacun des deux reins.

Pour les *corps étrangers*, Nitze cite plusieurs observations où le cathétérisme explorateur n'avait rien senti, et où le cystoscope a révélé le corps du délit. Pour les *calculs*, les

erreurs de diagnostic sont plus fréquentes qu'on ne le pense. Nitze « a souvent opéré des pierres que des collègues haut placés avaient cherchées sans succès ».

En fait de *tumeurs*, les travaux cliniques de Guyon et de ses élèves ont une grande importance ; mais il reste bien des cas où l'hématurie, seul symptôme, est insuffisante pour établir le diagnostic ; Nitze a examiné une série de malades où l'on croyait, de par l'hématurie, à une tumeur vésicale, et où il n'a rien trouvé dans la vessie : une fois, à l'autopsie, il a constaté l'existence d'un cancer du rein absolument latent à la palpation et à la percussion. Quant aux autres symptômes : examen histologique, toucher rectal et palpation (1), cathétérisme, il n'y faut pas compter. La cystoscopie seule permet donc de se prononcer (2).

2° **En thérapeutique**, on a d'abord tous les avantages qui résultent d'un *diagnostic précoce et précis*. N'est-ce point là l'avenir de tout traitement, en matière de néoplasmes surtout? Autre avantage : la cystoscopie doit être pratiquée après toute *litholapaxie*. Cette vérification est la seule absolument certaine ; la seule, par conséquent, qui permette de trancher définitivement les problèmes que soulève l'étude des récidives.

Enfin la cystoscopie semble appelée à jouer le même rôle que la laryngoscopie, et à créer une méthode chirurgicale nouvelle : l'*extirpation des tumeurs de la vessie par les voies naturelles*. Elle régularise des tentatives faites jusqu'à présent, de temps à autre, au hasard. On voit bien où et comment s'implante une tumeur petite et pédiculisée. En ce point précis

(1) Nitze appelle « méthode Volkmann » cette alliance, sous le chloroforme du palper abdominal et du toucher rectal. La manœuvre semble être quelquefois brutale et provoquer alors des contusions vésicales constatées à l'autopsie (Volkmann) ou au cystoscope (Nitze). Nous avons souvent vu M. Guyon employer ce procédé, d'une grande sensibilité, sans l'aide du chloroforme, et surtout toujours avec une douceur extrême.

(2) Nous croyons devoir faire remarquer que Nitze n'insiste pas sur les particularités propres à l'hématurie vésicale, l'influence du cathétérisme et de l'évacuation vésicale. Or c'est précisément grâce à ces détails, bien connus des lecteurs des *Annales*, que M. Guyon pose des diagnostics si précis.

on va la saisir et l'arracher avec un instrument approprié. Puis, grâce au cystoscope, on peut vérifier si la besogne est bien faite. Certes, ce procédé ne revendique que les petites tumeurs polypeuses; il laisse les autres à la taille hypogastrique, mais il prétend détrôner les ablations par la voie périnéale, déjà condamnée comme voie d'exploration.

A. BROCA.

REVUE DES JOURNAUX

PRESSE FRANÇAISE

1° L'URÉTHROTOMIE INTERNE, revue générale par le docteur H. HARTMANN, prosecteur de la Faculté (*Gaz. des hôp.*, 5 janvier 188?). — Dans cette revue très complète et qui établit le véritable état actuel de la question de l'uréthrotomie interne, l'auteur en trace d'abord un rapide historique, montrant les étapes successives parcourues par cette opération et rappelant les célèbres discussions de la Société de chirurgie sur ce sujet en 1856, 1863, 1865 et 1887. — Puis il décrit les instruments les plus communément employés aujourd'hui en France, c'est-à-dire l'uréthrotome de Maisonneuve et celui de Civiale, les soins préliminaires (bougie filiforme à demeure, diurétiques de Gosselin, antisepsie urinaire de Terrier, sulfate de quinine de Ricord, purgatifs, etc.), et enfin l'opération elle-même.

Ici, nous trouvons diverses considérations intéressantes sur les précautions antiseptiques et autres, auxquelles doit toujours veiller le chirurgien qui pratique une uréthrotomie interne, et sur l'emploi de l'anesthésie générale par le chloroforme ou locale par la cocaïne, l'une et l'autre très rarement nécessaires. Ensuite viennent, minutieusement détaillés, les différents temps de l'opération: introduction de la bougie armée conductrice, vissage et introduction du cathéter cannelé, courbe sur sa concavité, section du ou plutôt des rétrécissements, choix et mise en place de la sonde à demeure, qui doit toujours être de calibre

moyen. Enfin, quelques lignes sont accordées aux soins consécutifs et à la dilatation ultérieure.

Passant aux complications de l'uréthrotomie, l'auteur en montre l'extrême bénignité lorsqu'elle est convenablement pratiquée; sur un peu plus de 1 000 uréthrotomisés, le professeur Guyon n'en a perdu que 6 par le fait de l'opération. Aussi M. Hartmann s'élève-t-il avec juste raison contre les diatribes partiales de certains calomniateurs qui qualifient actuellement l'uréthrotomie interne de « dangereuse, douloureuse, inutile et effrayante »!! A cette occasion, prenant une à une les observations rapportées dans la thèse de Grégory (1879), qui sert de base aux détracteurs de l'opération en question, l'auteur montre quelles ont été les fautes lourdes commises par les opérateurs dans ces cas, fautes qui expliquent suffisamment la mortalité de 18 p. 100 relevée dans le susdit travail.

Après avoir posé en principe que l'uréthrotomie interne doit être considérée, non pas comme une rivale, mais comme opération adjuvante de la dilatation, M. Hartmann résume les indications de ce procédé, d'après le professeur Guyon, indications qui existent « dès que la dilatation est reconnue inutile ou dangereuse » par le fait de

1° L'état du canal: rétrécissements durs et résistants du méat et de la portion pénienne, surtout quand ils sont cicatriciels, fausses routes, incontinence d'urine, etc.;

2° L'existence de complications: rétention d'urine, s'accompagnant d'empoisonnement urineux; accès de fièvre liés ou non à la dilatation; lésions rénales anciennes; cystite; etc.

Quant aux circonstances dans lesquelles l'uréthrotomie interne est insuffisante et doit céder le pas à d'autres modes d'intervention, ce sont: 1° l'infiltration d'urine; 2° les fistules sillonnant un périnée lardacé (dans ces deux cas, l'incision externe des tissus doit précéder toute autre intervention intra-uréthrale); 3° l'existence de rétrécissements dits « élastiques » justiciables de la dilatation permanente.

La section s'opère d'ailleurs presque toujours avec l'instrument de Maisonneuve, à lame courant sur la concavité du conducteur, rarement sur la convexité (rétrécissements traumatiques). Les uréthrotomies « complémentaires » se font avec l'instrument de Civiale,

2° Blennorrhée et spermatorrhée par le docteur Du Castel, médecin de l'hôpital du Midi (*Gaz. des hôp.*, 1er janvier 1889). — Un grand nombre de malades, se croyant atteints de spermatorrhée, ne sont que des blennorrhéiques qui prennent pour du sperme l'écoulement muqueux de leur goutte matinale ou les filaments et flocons contenus dans leur urine. Ils croient aussi à une perte séminale quand leur urèthre postérieur ou leur prostate, chroniquement enflammés, se vident d'une façon intermittente par une sorte de pseudo-éjaculation à l'occasion des efforts de la défécation ou à la fin de la miction. Dans tous ces cas, l'examen microscopique lèvera tous les doutes en démontrant l'absence de spermatozoïdes dans le liquide rejeté par le méat.

Dans la tribu des spermatorrhéiques véritables, il existe, d'après Lasègue, deux catégories distinctes: la variété *chirurgicale* et la variété *médicale*. Dans la première, l'inflammation de l'urèthre postérieur a gagné les canaux éjaculateurs et les vésicules séminales, et, sous l'influence de cette irritation, le rejet trop facile d'un sperme vrai s'effectue, surtout la nuit. Cet accident exerce parfois une influence désastreuse sur le moral du blennorrhéique; cependant le plus grand nombre de malades ne s'en tourmentent que modérément.

Tout autre est le spermatorrhéique médical: celui-là est un nerveux, qui, parce qu'il a de loin en loin une perte séminale, rapporte à cette pollution accidentelle tous les troubles fonctionnels qu'il éprouve, les imperfections de sa santé générale et celles de son système nerveux. Ici, la spermatorrhée n'est pas la cause de l'infériorité nerveuse du sujet, elle en est la conséquence.

Après avoir tracé un tableau très complet de ce névropathe, M. Du Castel conclut en insistant sur la différence capitale qui existe dans l'origine des accidents entre le spermatorrhéique chirurgical et le spermatorrhéique médical, les pertes séminales étant la résultante d'une inflammation accidentelle de l'appareil génito-urinaire chez le premier, d'un vice du système nerveux chez le second.

3° De l'extirpation des tumeurs de la vessie, par le docteur Bazy, chirurgien des hôpitaux (*Bulletin médical*, 16 janvier 1889).

— Le malade, qui a été le sujet de cette leçon clinique, était un homme de 57 ans, ayant eu sa première hématurie sept mois seulement auparavant, et, à cette époque, les urines étaient restées sanglantes pendant cinquante jours consécutifs. Au bout de ce temps, l'urine demeura simplement louche, en même temps que les mictions devenaient plus fréquentes. Après deux mois d'interruption, le sang reparaît et persiste jusqu'à l'examen du malade : cet examen permet de constater sur le côté droit de la vessie préalablement vidée une tumeur n'empiétant pas sur le bas-fond et ayant à peu près le volume d'une petite mandarine.

Elle est enlevée le 17 septembre 1888 au moyen de la taille hypogastrique, la muqueuse vésicale étant sectionnée circulairement en dehors de la base d'implantation avec des ciseaux et l'énucléation par la face profonde avec le doigt ayant été assez facile. La portion de paroi vésicale enlevée contenait un centimètre et demi de l'uretère droit. La plaie intra-vésicale fut suturée dans la plus grande partie de son étendue : double drain, pansement iodoformé, etc. — Les suites immédiates furent excellentes, mais le 12 octobre l'opéré mourait de gangrène pulmonaire.

M. Bazy profite de ce cas pour établir dans une intéressante leçon clinique que l'ablation *totale* des tumeurs vésicales doit toujours être recherchée et peut être obtenue, quel que soit le siège du néoplasme, à moins toutefois qu'il y ait infiltration étendue et profonde de la paroi. Suivant lui, le grattage, le raclage et la cautérisation ne sont que des moyens illusoires, infidèles et simplement palliatifs. L'exérèse totale est seule capable de donner satisfaction au point de vue de la récidive ; enfin, elle peut s'étendre à la zone des uretères, soit qu'on ne ferme qu'incomplètement la plaie résultant de la résection de la paroi vésicale, de manière à laisser l'uretère déverser l'urine dans la vessie, soit que l'on suture ce conduit sectionné aux bords de la muqueuse, de façon à créer ainsi un nouvel abouchement uretéral.

4° Suture de la plaie vésicale dans la taille hypogastrique, par le docteur Kendal Francks (*Gaz. des hôp.*, 19 janvier 1889.) — M. Ricard, auteur de l'article où ce nouveau succès de la

suture vésicale est rapporté, rappelle que jusqu'en 1886 la réunion immédiate tentée pour fermer la plaie vésicale dans la taille hypogastrique n'avait guère donné de résultats encourageants. A peine si la réunion par première intention avait été obtenue dans le tiers des cas. Aussi, dans les deux dernières années, avait-on renoncé à cette suture plus dangereuse qu'utile.

Il y aurait cependant grand avantage, dans la plupart des cas, à fermer rapidement cette plaie vésicale. On éviterait ainsi plus sûrement l'infiltration d'urine et surtout la persistance d'une fistule urinaire à l'hypogastre ; en outre, on abrégerait la durée de la cicatrisation, quelquefois assez longue.

Pourquoi, se demande M. Ricard, ne ferait-on pas dans ce cas comme pour l'œsophagotomie externe : suturer à part la muqueuse, si facile à décoller de la couche musculaire et réunir isolément celle-ci ? Les bords de la plaie vésicale, contus et déchiquetés au cours de l'opération, n'auraient-ils pas besoin d'être avivés ?

Quoi qu'il en soit, le docteur Kendal Francks vient de publier un succès à l'Académie de médecine d'Irlande. Voici le procédé qui fut employé : l'opérateur fit deux rangs de suture au catgut, le premier avec des fils séparés, le second avec un fil continu. La réunion fut immédiate et, douze jours après l'opération, le malade urinait seul.

5° Contribution au perfectionnement de la taille hypogastrique, par le docteur Galvani, chirurgien de l'hôpital d'Athènes (*Gaz. méd. de Paris*, 12 janvier 1889). — Ce travail n'apporte aucun élément bien nouveau à la question de la taille hypogastrique. Les principaux points de sa pratique relatifs à cette opération, sur lesquels M. Galvani attire l'attention, sont les suivants :

1° Diviser la paroi abdominale aussi régulièrement que possible, en évitant les déchirures de tissus qui préparent l'infiltration.

2° Ne pas injecter dans la vessie plus de 160 grammes de solution boriquée et ne pas ligaturer la verge sur la sonde.

3° Restreindre l'étendue de l'incision vésicale dans les plus étroites limites, conformément au cas auquel on a affaire. Ainsi, quand il s'agit de l'extraction d'un calcul, il suffit que la

plaie vésicale permette seulement l'introduction de l'index et d'une pince. Pour les extirpations de tumeurs, bien entendu, il faut agrandir l'incision.

4° Laisser à demeure un seul tube-drain en caoutchouc mesurant 8 millimètres comme diamètre extérieur et 5 millimètres comme diamètre intérieur. On l'assujettit dans la plaie par un ou deux fils, et son extrémité externe plonge dans le goulot d'une demi-bouteille inclinée, placée entre les cuisses du malade, dont le bassin est relevé et qui se tient comme à demi assis. Le fonctionnement du siphon est parfait de cette façon, paraît-il.

5° Ménager sur le tube, à quelques centimètres de son émergence, une petite ouverture en bec de flûte, à travers laquelle on pousse le liquide des lavages vésicaux, qui revient par l'extrémité libre. Après chaque lavage cette ouverture est bouchée par une bandelette de diachylon.

Les guérisons, obtenues ainsi par M. Galvani, ont été complètes en 8, 9 et 11 jours.

6° De la sonde a demeure. — Leçon clinique du professeur F. Guyon, rédigée par le docteur Guiard, ancien interne des hôpitaux (*Journal de médecine de Paris*, 6-13 janvier 1889). — L'emploi de la sonde à demeure est indiqué en présence :

1° De *difficultés du cathétérisme* qui empêchent de le répéter facilement et régulièrement dans les cas de rétention qui nécessitent l'évacuation artificielle de la vessie. Ces difficultés peuvent tenir à une déviation prononcée du canal due à une hypertrophie prostatique ou à des contractions spasmodiques du sphincter uréthral. D'autres fois, la prostate est tellement saignante et friable, quoique la voie soit facile, qu'il vaut mieux éviter des introductions répétées d'instruments. Ou bien, le malade, qui a besoin d'être sondé toutes les deux ou trois heures par exemple, ne sait pas se passer le cathéter lui-même ; dans ce cas, il est préférable de lui mettre la sonde à demeure, pour la nuit tout au moins.

2° De *plaies* ou *traumatismes du canal*, tels que fausses routes, grands traumatismes du périnée (quand le foyer périnéal a été largement incisé), ou après l'uréthrotomie interne ou externe, fistules urinaires, lésions rénales observées chez des malades

ne vidant pas leur vessie et dont l'urèthre est intolérant ou difficile à parcourir.

Le drainage de la vessie, atteinte de cystite douloureuse, par la sonde à demeure est insuffisant, comme l'ont montré les tentatives faites en Angleterre d'abord et en dernier lieu à Necker par M. Hartmann.

La sonde à demeure est ennuyeuse, désagréable et contraint le malade à une immobilité relative, mais on ne peut dire qu'elle soit douloureuse.

Certains accidents d'ordre *mécanique* ont été imputés à ce mode de traitement. On les évitera en observant toujours le principe suivant : l'instrument ne doit exercer aucune pression sur aucun point de l'urèthre ou de la vessie. Aussi doit-on scrupuleusement veiller à la forme et à la nature de l'instrument employé, à son volume, à son degré de pénétration dans la vessie, à sa fixation et enfin à sa position soit médiane entre les cuisses du malade, soit latérale et relevée sur une des cuisses. — En outre, si elle doit rester peu de temps à demeure, comme après l'uréthrotomie interne, la sonde peut être laissée débouchée dans l'urinal ; sinon on la ferme et on ne l'ouvre que toutes les deux, trois ou quatre heures, suivant les besoins. Enfin, il est nécessaire de la changer aussi souvent qu'il le faut.

Quant aux accidents d'ordre *septique*, malgré tous les lavages, la suppuration de l'urèthre est inévitable, mais sans importance, sauf après l'uréthrotomie externe et dans le cas de fistules. En ce qui concerne la pénétration de microbes pathogènes le long de la sonde dans la vessie maintenue ainsi ouverte, M. Guiard a montré expérimentalement que cette crainte était exagérée. Cependant, chez des malades essentiellement prédisposés comme les prostatiques atteints de rétention, il faut des précautions minutieuses, surtout au point de vue antiseptique : on use alors largement de fréquents lavages avec une solution saturée d'acide borique.

Dr ROBERT JAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

(*Suite.*)

1888

Des rapports des maladies du rein, en particulier de la maladie de Bright avec les affections du cœur, par da Costa. (*Med. News*, 5 mai.) — *Influence exercée sur la circulation et la sécrétion du rein par diverses substances, citrate de caféine, digitaline, strophantine*, par Philips et Rose Bradford. (*The Journ. of Physiol.*, VIII, p. 117.) — *Sur la pathogénie du mal de Bright*, par Gaucher. (*Soc. méd. des hôp.*, 13 janvier.) — *Sur la composition chimique d'un rein atteint de dégénérescence amyloïde*, par E. Lambling. (*Bull. Soc. de biol.*, p. 51, 21 janvier.) — *Albuminurie dans la maladie de Bright*, par Jeanton. (*Thèse de Paris*, 12 janvier.) — *Polyurie essentielle*, par Souques. (*Gaz. méd. de Paris*, 3 mars.) — *Néphrite parenchymateuse ancienne, pneumonie, anurie*, par Jaccoud. (*Gaz. des hôp.*, 19 avril.) — *Névralgies rénales simulant des accidents de lithiase urinaire*, par C. Ralfe. (*Brit. med. Journ.*, p. 182, janv.) — *Pathogénie des troubles circulatoires dans le mal de Bright*, par Potain. (*Union médicale*, 16 fév.) — *Colique néphrétique à symptômes insolites*, par H. Rendu. (*France méd.*, 26 janvier.) — *Paralysies urémiques*, par Level. (*Thèse de Paris*, 10 mars.) — *Expériences sur les lithotriptiques*, par Posner et Goldenberg. (*Berlin. klin. Woch.* n° 1, p. 18, 2 janvier.) — *De la méthode révulsive dans le traitement du mal de Bright*, par Laurent. (*Thèse de Paris*, 12 mai.) — *Pathogénie et traitement des suppurations péri-néphrétiques, influence possible des abcès migrateurs sur la production de l'ectopie rénale*, par Follet. (*Bull. médic.*, 16 mai.) — *Anurie complète. obstruction de l'uretère droit par un calcul, le rein gauche ayant cessé de fonctionner depuis longtemps*, par Duplay. (*Arch. génér. de méd.*, janvier.) — *Des tumeurs solides du rein, leurs symptômes, leur traitement chirurgical*, par Guillet. (*Gaz. des hôp.*, 14 avril.) — *Tuberculose du rein, ses rapports avec la tuberculose génito-urinaire*, par Cayla. (*Ibid.*, 4 février.) — *Calculs vésicaux, pyélonéphrite droite et uretérite descendante, dégénérescence kystique du rein gauche, atrophie de l'uretère correspondant*, par Guillet. (*Bull. Soc. anat.*, p. 86.) — *Phlegmon périnéphrique, substitution lipomateuse du rein*, par Engelbach. (*Ibid.*, p. 98.) — *Kyste rénal latent gros comme une tête d'enfant*, par Louis Secrétan. (*Revue médic. Suisse romande*, VIII, 175, mars.) — *Tumeur du rein gauche avec prolongement dans la veine rénale*, par V. Leblond. (*Bull. Soc. anat.*, p. 325.) — *Hydronéphrose par anomalies vasculaires du rein*, par Decressac. (*Ibid.*, p. 93.) — *Gros rein polykystique*, par Lejars. (*Ibid.*, p. 450.) — *Kyste volumineux du rein droit, lithiase rénale et exostoses multiples du crâne et du rachis*, par E. Dupré. (*Ibid.*, p. 342.) — *Fibrome fasciculé de la capsule surrénale gauche*, par M. Letulle. (*Ibid.*, p. 302.) — *Tuberculose des capsules surrénales*, par Lejars. (*Ibid.*, p. 369.) — *Adénome de la capsule surrénale droite*, par Pilliet. (*Ibid.*, p. 419.) — *Cancer primitif du rein gauche avec propagation au côlon descendant*. (*Ibid.*, p. 365.) — 1° *Plaie par arme à feu du rein*; 2° *calcul rénal*; 3° *exploration du rein par un abcès*; 4° *extirpation du rein pour un kyste*, par Van der Veir. (*Albany med. Annals*, janvier.) — *Du traitement chirurgical des pyélites*, par Hartmann. (*Gaz. des hôp.*, 7 janvier.) — *Néphrolithotomie*, par Agnew. (*Med. News*, 4 février.) — *Néphrotomie*, par Shepherd. (*Montreal med. chir. Soc.*, 3 février.) — *Un cas*

de néphrectomie pour une fistule uréthrale, par A. Gusserow. (*Charité Annalen*, XII, Jahrg., p. 630.) — *Néphrectomie pour plaie par coup de feu*, par M. Price. (*Phil. county med. Soc.*, 8 février.) — *Néphrectomie pour pyonéphrose*, par Woodbury. (*Ibid.*, 8 février.) — *Un cas de néphrectomie*, par C.-T. Parkes. (*Journ. of amer. Assoc.*, p. 9, 7 janvier.) — *Extirpation d'un rein mobile atteint d'hydronéphrose, guérison*, par Walter Fell. *Brit. med. Journ.*, p. 73, janv.) — *Hydronéphrose, néphrectomie, mort de péritonite au bout de 3 mois*, par Hunter. (*Ibid.*, p. 242, février.) — *Néphrotomie: ablation de calculs à trois reprises différentes: néphrectomie: guérison*, par M. Berkeley Hill. *Lancet*, n° 3.) — *Fistule urinaire abdominale, néphrectomie, guérison*, par Cacciopoli. (*Incurabili*, n° 1.) — *Néphro-lithotomie, tuberculose, mort: réflexions*, par Pick. (*Lancet*, n° 1.)

Développement et migration du testicule à l'état normal et anormal, par Lockwood. (*Journ. of. Anat.*, juillet.) — *Sur la régénération du testicule*, par Sanfelice. (*Arch. ital. de biol.*, IX, 3.) — *Traitement de l'hydrocèle idiopathique par l'électrolyse*, par Sprkafico. (*Assoc. franç., Congrès d'Oran.* — *Orchite infectieuse primitive*, par Hublé (*Assoc. franç., Congrès d'Oran* — *Kyste spermatique à forme rare du scrotum*, par Vautrin. (*Assoc. franç.. Congrès d'Oran.*) — *Hématocèle de la vaginale d'un testicule arrêté à l'anneau inguinal interne*, par Loreta. (*La Riforma medica*, 21 mars.)

Le sinus urogénital, par Issaurat. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — *Glande de Bartholin avec un conduit excréteur double*, par Trost. (*Wiener med. Blätter*, n° 17, p. 517.) — *Blessures du pénis*, par Kreitner. (*Wien. med. Presse*, n° 5, p. 156.) — *Priapisme prolongé après le coït*, par Hulke. *Lancet*, 18 fév.) — *Étude sur la balano-posthite récurrente*, par Tommasoli. (*Giorn. ital. d. mal. vener.*, XXIII, 2.) — *Éléphantiasis du prépuce*, par Coppens. (*Bull. méd. du Nord*, avril.) — *Épithélioma du pénis, amputation par la méthode de Thiersch et ablation des testicules*, par Hankins. *Brit. med. J.*, p. 17, 7 juillet.) — *Épithélioma du pénis et du scrotum*, par Southam. (*Med. chronicle*, mars.) — *Épithélioma de la verge, amputation au niveau du ligament suspenseur et dédoublement du scrotum*, par Si-Mohamed. (*Journ. sc. méd. Lille*, 4 mai.) — *Une anomalie rare de l'hymen*, par S. Krysinski. (*Arch. f. path. Anat.*, CXI, 2.) — *Des pollutions chez la femme*, par Krafft-Ebing. (*Wien. med. Presse*, n° 14, p. 465.) — *Note sur deux cas d'épithélioma primitif de la vulve*, par Leprévost. (*Normandie médicale*, 1er avril.) — *Esthiomène*, par Dumontpallier. (*Bull. méd.*, 20 juin. — *Cancer primitif de la région clitoridienne*, par Dauriac. (*Thèse de Paris*. 28 juin.)

Recherches sur les microbes du pus blennorrhagique, par Poucy. (*Thèse de Paris*, 28 juin.) — *Des manifestations spinales de la blennorrhagie*, par Hayem et Parmentier. (*Rev. de méd.*, juin.) — *Du rhumatisme blennorrhagique* par Baille. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — *Sur l'inflammation blennorrhagique dans les granulations accessoires des glandes de Couper*, par Huguet. (*Annales de dermat.*, IX, n° 6.) — *Synovite tendineuse blennorrhagique*, par Pollosson. (*Lyon méd.*. p. 98, 20 mai.) — *De la blennorrhagie aiguë, uréthrite antérieure et postérieure*, par Ducastel. (*Gaz. des hôp.*, 28 juin.) — *Des cystites tardives dans la blennorrhagie*, par Champeil. (*Thèse de Paris*. 27 juillet.) — *Pathologie et traitement de la blennorrhagie chronique*, par Oberlaender. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, VII, n° 14.) — *Traitement classique de la blennorrhagie*, par Ducastel. (*Gaz. des hôp.*, 12 juillet.) — *Traitement antiseptique de la blennorrhagie*, par Ducastel. (*Revue de méd. et thér.*, 12 juillet.) — *Traitement de l'épididymite blennorrhagique par la compression ouatée*, par Desnos. (*Journ. de méd., Paris*, 13 mai.)

De l'albuminurie intermittente périodique, par MERKLEN. (*Arch. de méd.*, août.) — *Essai sur la polyurie et les albuminuries d'origine nerveuse*, par PESSEZ. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — *Rapport de l'albuminurie avec l'ecthyma et l'impétigo*, par DONNADIEU. (*Ibid.*, 23 juillet.) — *Observation de surdité complète, subite, dans l'albuminurie*, par GELLÉ. (*Soc. de biol.*, 24 mars.)

Fait d'hémiplégie urémique liée à un œdème cérébral diffus, par DREYFUS-BRISAC. (*Gaz. hebd. de méd.*, 20 juillet.)

Structure des glandes uréthrales chez la femme et les premiers développements des glandes prostatiques dans les deux sexes, par F. TOURNEUX. (*Soc. de biol.*, janvier.) — *Des écoulements uréthraux*, par GRASSETT. (*Ontario med. Assoc.*, 13 juin.) — *Erysipèle gangréneux et phlébite de la verge compliquant une uréthrite chez un rétréci*, par JACQMAIN. (*La Clinique*, 28 juin.) — *De la dilatation brusque des rétrécissements de l'urèthre*, par ALEXANDER BAKO. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 et 16 juin.) — *Quelques rétrécissements de l'urèthre contre lesquels l'uréthrotomie interne est inefficace*, par HENRI PICARD. (*France médicale*, 15 mars.) — *Sur le cathétérisme rétrograde*, par CHUQUET. (*Thèse de Paris*, 23 juin.) — *Pyélo-néphrite due à l'obstruction de l'urèthre par un calcul, opération, mort par dégénérescence amyloïde*, par HOWARD MARSH. (*Lancet*, 25 février.) — *Rétrécissement infranchissable de l'urèthre, ponction de la vessie au-dessus du pubis, puis ponction au travers de la paroi rectale, et dilatation progressive de l'urèthre*, par M. V. JACKSON. (*Ibid.*, 4 février.) — *Traitement de l'uréthrite infectieuse par l'anthrophose*, par H. LOHNSTEIN. (*Allgem. med. Centr. Zeit.* nos 16 et 17.) — *Valeur de l'antisepsie dans l'uréthrotomie interne*, par CLARKE. (*Harveian Soc. of London*, 17 mai.) — *Electrolyse dans les rétrécissements de l'urèthre*, par CLARKE. (*South. eastern branch.*, 10 mai.) — *Un cas de double uréthrotomie externe pour corps étrangers*, par GARTNER. (*Deuts. Zeits. f. Chir.*, XXVII, p. 595-597.)

De la douleur dans les affections des voies urinaires et de son traitement, par DUBUT. (*Thèse de Bordeaux*, 29 juin.) — *De l'incontinence nocturne d'urine*, par BUCKINGHAM. (*Boston med. Journ.*, 15 mars). — *Sur la guérison de l'incontinence d'urine chez la femme par une opération*, par SCHULTZE (*Wiener med. Blätt.*, nos 18-19.) — *Formes rares d'infiltration urineuse* par BELL. (*Montreal med. chir. Soc.*, 20 avril.) — *Infiltration d'urine*, par LAFLEUR. (*Ibid.*, 20 avril.)

Du dosage de l'azote total dans l'urine, par CAZENEUVE et HUGOUNENQ. (*Lyon médical*, 3 juin.) — *De la recherche des matières protéiques dans l'urine*, par SYDNEY MARTIN. (*Brit. med. Journ.*, p. 842, avril.) — *Effets de la faradisation du pneumogastrique droit sur la sécrétion urinaire*, par ARTHAUD et BUTTE. (*C. r. Soc. de biol.*, décembre, 1887.) — *Sur l'existence de bases toxiques dans les urines physiologiques*, par ADUCCO. (*Arch. ital. de biol.*, IX, 2.) — *Sur les alcaloïdes, principes immédiats de l'urine humaine*, par THUDICHUM. (*Acad. des sc.*, 25 juin.) — *De la teneur en ferments des urines à l'état morbide*, par LEO. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 370, 30 avril.) — *Réaction des urines pendant l'emploi de la naphtaline*, par EDLEFSEN. (*Ibid.*, p. 371, 30 avril.) — *Nature de la substance réductrice qui se trouve dans l'urine après la chloroformisation*, par A. KAST. (*Ibid.*, p. 377, mai.) — *De l'excrétion et de la dissolution de l'acide urique*, par EMIL PFEIFFER. (*Ibid.*, p. 368, 30 avril.) — *Sur la composition de l'urine sécrétée pendant la durée d'une contre-pression exercée sur les voies urinaires*, par LÉPINE et PORTERET. (*Acad. des sc.*, 9 juillet.) — *Sur l'élimination par les urines, dans les maladies infectieuses, de matières solubles, morbifiques et vaccinantes*, par BOUCHARD. (*Ibid.*, 4 juin.) — *Une réaction de l'urine salicylée*, par POLLATSCHEK. (*Wiener med. Woch.*, p. 715, n° 21.)

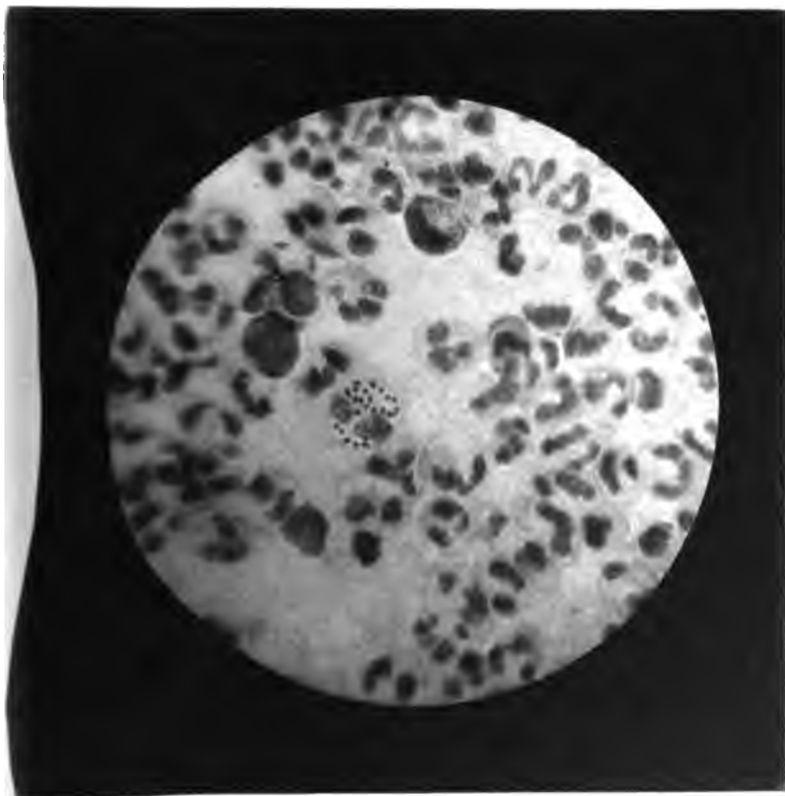
Vessie, anatomie, par G. Wertheimer; *histologie*, par Tourneux et Herrmann; *physiologie et pathologie*, par M. Hache. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, 5e série, t. III.) — *Exploration des uretères*, par Perez. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — *De la valeur de l'éclairage électrique de la vessie pour le diagnostic de certaines affections vésicales, obtenues* par Harry Fenwick. (*Brit. med. Journ.*, p. 785, avril.) — *Contribution à la pathologie des cystites*, par Gautrelet. (*Journ. de méd. Paris*, 13 mars.) — *Des ulcérations multiples de la vessie*, par Northrup. (*N. York med. Record*, p. 747, 10 déc. 1887.) — *Pénétration d'un pessaire dans la vessie, fistule vésico-vaginale, guérison.* par Desguin. (*Ann. Soc. méd. Anvers*, avril.) — *Un cas de fistule vésico-utéro-vaginale avec mortification d'une portion de l'uretère gauche, opération, guérison*, par Herrgott. (*Ann. de gynéc.*, juin.) — *Extroversion de la vessie, traitement par la division préliminaire des synchondroses sacro-iliaques*, par H. Makins. (*Brit. med. Journ.*, p. 696, mars.) — *Des ruptures traumatiques de la vessie*, par Lesur. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — *Rupture intra-péritonéale de la vessie, laparotomie, mort*, par Reyes. (*N. York med. Record*, p. 781, 24 décembre 1887.) — *Rupture intra-péritonéale de la vessie, opération*, par Grant. (*Americ. med. Assoc.* 10 mai.) — *Des ruptures de la vessie et de leur traitement*, par Blum. (*Arch. de méd.*, juillet.) — *Calcul vésical avec chylurie*, par Gross. (*Med. News*, 16 juin.) — *Sur les calculs vésicaux*, par Durante. (*La Riforma medic.*, 19 et 20 mars, 13, 14 et 15 juin.) — *Cinq observations de calculs vésicaux opérés par la lithotritie rapide et la taille vaginale. Pathogénie des cystites chez les gens qui n'ont jamais été sondés. Les microbes et les calculs vésicaux*, par Doyen. (*Bull. Soc. de chir.*, XIV, p. 397-400.) — *Deux cas rares de corps étrangers de la vessie*, par Bazy. (*3e Congr. franç. de chir.*) — *De la résection partielle de la symphyse pubienne comme annexe des opérations sur la vessie*, par Helferich. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 388, 7 mai.) — *Taille sus-pubienne et suture vésicale*, par Franks. (*Acad. of med. in Ireland*, 13 avril.) — *Calcul, taille répétée à deux mois d'intervalle*, par Cousins. (*London chir. Soc.*, 25 mai.) — *Tailles sus-pubiennes*, par Quicke et Gillon. (*Brit. med. Journ.* p. 16 et 17, 7 juillet.) — *Taille hypogastrique, petite étendue de l'espace sus-pubien*, par D. Hume. (*Lancet*, 17 mars.) — *Taille hypogastrique*, par M'Leod. (*Lancet*, 10 mars.) — *Trois cas de taille sus-pubienne pour calculs vésicaux*, par Page. (*Brit. med. Journ.*, p. 1113, 26 mai.) — *Une nouvelle méthode de la taille hypogastrique intra-péritonéale*, par Rydygier. (*Wiener med. Wochenschrift*, nos 15, 16, 17.) — *Tailles hypogastriques*, par Paquet. (*Bull. méd. du Nord.* avril.) — *Taille sus-pubienne*, par Roddick. (*Montreal med. chir. Soc.*, 4 mai.) — *Cystotomie sus-pubienne*, par Gove Gillon. (*Brit. med. Journ.*, p. 695, mars.) — *Carcinome de la vessie par contact*, par Harry Fenwick. (*Brit. med. Journ.*, p. 533, mars.) — *Sarcome de la vessie*, par D'Arcy Power. (*Brit. med. Journ.*, p. 645, mars.) — *Tumeur vésicale extirpée par la taille sus-pubienne*, par A. Scott. (*Acad. of med. in Ireland*, 13 avril.)

Traité des maladies du testicule et de ses annexes, par Ch. Monod et O. Terrillon, avec 92 figures dans le texte; G. Masson, éditeur, Paris, 1889.

Le Rédacteur en Chef, Gérant : Dr DELEFOSSE.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 23976.

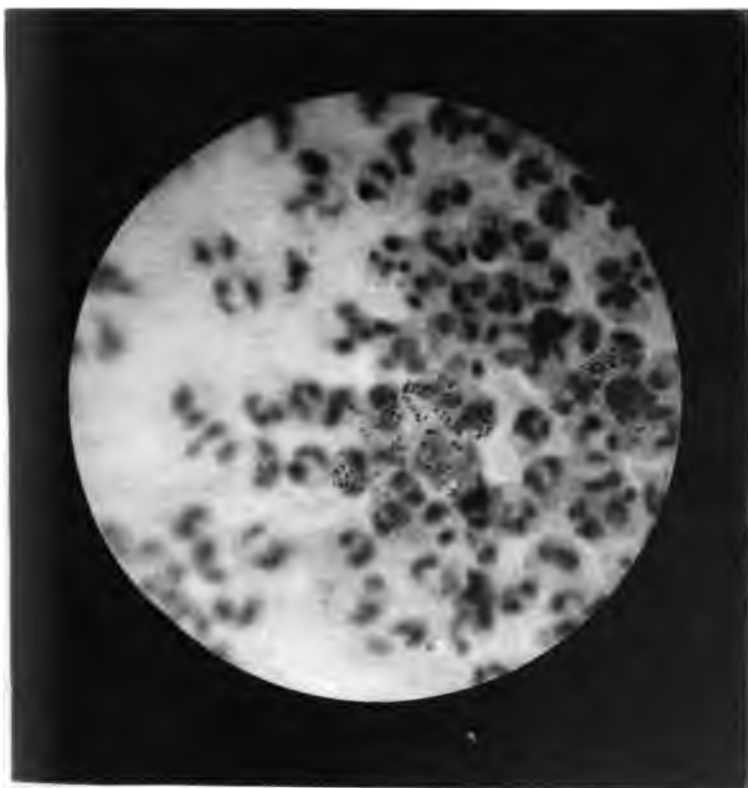
PL. I



Macé Phot.

PUS BLENNORRAGIQUE

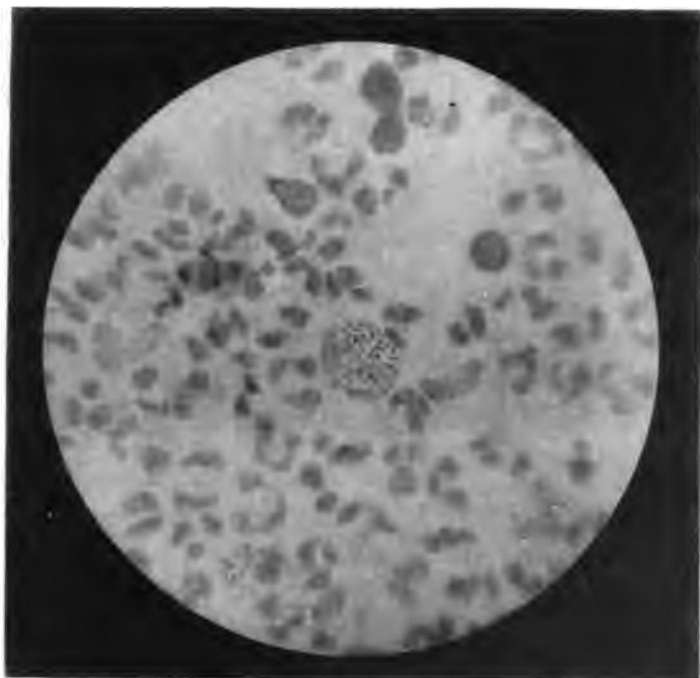
PL. II



Macé Phot. Phototypie J Royer, Nancy.

PUS BLENNORRAGIQUE

PL. III



Macé Phot.

PUS BLENNORRAGIQUE



1/100 de m. m. = 7 m. m. 30



Macé Phot. Phototypie J. Royer, Nancy.

PUS BLENNORRAGIQUE

ANNALES DES MALADIES

DES

ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Avril 1889.

MÉMOIRES ORIGINAUX

Hôpital Necker. — M. le professeur Guyon.

LEÇON RECUEILLIE PAR M. JOSEPH RÉCAMIER
interne du service.

Traitement des fistules urinaires périnéales et périnéo-scrotales.

Nous avons en ce moment dans nos salles trois malades atteints de fistules urinaires périnéales ou périnéo-scrotales complexes que j'ai tous trois opérés. Le plus ancien en date est entièrement guéri, et les deux autres touchent à la guérison.

Chez tous les trois les fistules étaient multiples et s'ouvraient en différents points du périnée ou du scrotum. Chez l'un d'eux, un des trajets après avoir cheminé à travers les parois des bourses à droite, contournait la racine de la verge et s'ouvrait en pleine région pubienne. Ce n'est pas seulement la multiplicité des orifices et la complexité des trajets qui caractérisaient ces cas. Chez nos trois malades il

existait une véritable tumeur périnéale : tumeur irrégulière singulièrement dure, égalant dans son ensemble le volume d'une mandarine.

Il n'est pas rare de voir se produire au contact des trajets fistuleux des proliférations abondantes néo-conjonctives. La pénétration de petites quantités d'urine en détermine la formation. L'urine qui pénètre les tissus n'entraîne pas toujours leur destruction, elle peut au contraire provoquer leur hyperplasie. Sans nous arrêter à ce point curieux de physiologie pathologique, je désire, en nous maintenant sur le terrain clinique, chercher à vous indiquer les principes et les règles du traitement de ces infirmités pénibles et rebelles dont vous voyez si constamment tant d'exemples dans cet hôpital et que vous retrouverez en nombre non moins grand dans la pratique.

Laissant avec intention de côté les fistules péniennes dont la thérapeutique diffère essentiellement de celle des fistules périnéales et périnéo-scrotales, nous n'aurons en vue que celles-ci. C'est d'ailleurs à cette variété que vous aurez presque toujours affaire. Les fistules péniennes sont en effet rares, tandis que celles dont nous nous occupons sont extrêmement communes.

Toutes ne se présentent pas à l'état complexe, et nous aurons à vous présenter tout à l'heure une division clinique capable de s'adapter aux indications du traitement. Mais nous ne saurions mieux faire que de vous présenter tout d'abord des pièces anatomo-pathologiques qui vous montreront dans leurs traits principaux la physionomie des lésions auxquelles vous aurez affaire. Ces pièces appartiennent toutes à ma collection.

Voici l'urèthre d'un homme jeune encore, mort de granulie. La portion périnéale de l'urèthre est tout entière disséquée, elle est perforée de nombreux orifices. Ici tout est destruction, rien n'indique un effort de réparation.

Il est exceptionnel que les lésions uréthrales et péri-uréthrales arrivent à ce degré, sans qu'aucun travail néoforma-

teur ne se soit accompli. En général, l'urèthre est plongé dans une gangue de tissus épaissis qui forme autour de lui une sorte de contrefort d'une épaisseur parfois considérable ; vous le constatez dans ces autres pièces. C'est ainsi que se constituent les tumeurs dont nos opérés vous ont offert d'intéressants exemples.

Le trajet fistuleux est le plus souvent sinueux et long. Il est rarement direct, tel est pourtant le cas dans cette pièce où une recherche attentive ne montre aucun diverticulum, mais simplement un trajet en ligne droite de l'urèthre au périnée.

Ce que l'on voit en général, c'est un trajet étendu et oblique, dont l'orifice extérieur est très éloigné de l'orifice interne.

Souvent on trouve plusieurs orifices périnéaux, le trajet se bifurquant dans sa route et se divisant un plus ou moins grand nombre de fois ; on peut aussi trouver plusieurs orifices uréthraux, et je vous en montrais tout à l'heure un exemple ; mais habituellement il n'y a qu'un seul orifice uréthral.

Cet orifice par où l'urine s'est échappée du canal, ne reste pas à l'état de déchirure ; il s'organise en quelque sorte, il devient un orifice constitué, et la connaissance de ce fait important explique en partie la difficulté d'obtenir la guérison de certaines fistules rebelles.

L'examen de ces pièces me permet de vous montrer encore une particularité importante de l'anatomie pathologique de ces fistules. En les disséquant, en suivant avec soin leur trajet, on est certain de trouver toujours une poche, un clapier central où l'urine s'était d'abord accumulée avant d'envahir le reste du périnée.

J'insiste sur ce fait, car il a une importance capitale au point de vue du traitement. Quelle que soit la cause de la fistule, qu'elle soit consécutive à un abcès urineux ou à une infiltration d'urine, dans ces périnées épais et indurés, il y a toujours une poche accolée à l'urèthre, au point où

l'urine a commencé à sourdre, et où elle s'est primitivement collectée.

Cette poche centrale est revêtue d'une sorte de membrane granuleuse grisâtre, souvent tapissée de fongosités, elle est plus ou moins distincte mais elle est constante. C'est de ce point de cette espèce de carrefour central et juxta-uréthral que rayonnent les trajets fistuleux. La poche est la première lésion que détermine la crevasse de l'urèthre. Les trajets fistuleux ne s'établissent et ne se constituent que secondairement. Lorsque le malade vient nous consulter, les trajets fistuleux seuls attirent l'attention, ils paraissent résumer toutes les lésions. Et cependant la poche génératrice, quoique réduite, persiste encore. C'est en sachant arriver jusqu'à elle que vous remonterez à la source du mal. Lorsque le périnée a conservé sa souplesse normale, il peut se faire que le trajet soit direct entre l'orifice interne et l'orifice externe, qu'il n'y ait pas de poche. La lésion de l'urèthre par brûlure destructive a été observée. Je vous présente ici une pièce où une dissection attentive ne montre aucun carrefour, aucune étape entre les deux orifices; mais, je le répète, c'est là un fait exceptionnel. Dans ce cas il y avait donc fistule, mais fistule sans poche juxta-uréthrale et sans épaississement du périnée.

Si maintenant, passant de l'anatomie pathologique à la clinique, nous cherchons à classer ces différents types tant au point de vue des symptômes qu'à celui de l'intervention, nous voyons qu'on peut les diviser en trois catégories bien distinctes :

1° Les malades à périnée presque normal avec une seule fistule;

2° Les malades chez qui, sans tumeur, il existe cependant une tuméfaction plus ou moins épaisse et dure qui modifie l'épaisseur et la consistance des parties; avec un ou plusieurs orifices fistuleux;

3° Enfin, les cas analogues à celui des deux malades qui font l'objet de cette leçon; les cas où il existe des fistules

multiples en arrosoir, où des proliférations nombreuses, dures et irrégulières se sont développées autour des fistules. Ces proliférations peuvent être assez épaisses et assez abondantes pour former tumeur. Les orifices fistuleux sont en général multiples dans ces cas complexes.

Les indications du traitement varient nécessairement suivant la catégorie de cas auquel vous aurez affaire.

Dans le premier cas, lorsqu'il existe une ou deux fistules dans un périnée peu induré, il faut tout d'abord rendre au canal son calibre normal : cela s'obtient, soit par la dilatation telle que nous la pratiquons habituellement, soit par l'incision interne si le rétrécissement semble trop résistant.

Souvent cette pratique, aidée de cautérisation dans le trajet avec de la teinture d'iode ou le galvano-cautère, suffit pour amener la guérison ; beaucoup de ces malades peuvent même guérir sans sonde à demeure et sans cathétérisme. Il en est bon nombre qui guérissent sans cautérisations. Il suffit en un mot, dans les cas simples, de rétablir la largeur du canal. L'urine se deviera tout naturellement du trajet accidentel à mesure que le canal normal deviendra plus facile à parcourir et cessera de passer par la fistule. La compression digitale exercée le long du trajet fistuleux pendant la miction aide quelquefois efficacement la cicatrisation du trajet.

Dans les deux autres catégories, lorsque sous l'influence de l'urine les tissus voisins de la fistule ont proliféré, peut-on guérir par les mêmes moyens? Oui, on a vu des guérisons se produire ainsi, mais ce sont des faits bien rares et sur lesquels on ne peut compter.

A la rigueur, quand il existe un simple épaississement, on peut arriver à la guérison par les moyens qui s'appliquent à la première catégorie de faits ; il faut en faire l'essai mais il y a bien peu de chances de réussite et il faut faire un examen attentif et répété du périnée avant de rien promettre.

Pour cela, après avoir placé le malade dans la position

obstétricale, il faut faire avec le bout des doigts des pressions méthodiques sur le périnée. Si l'urine ou du pus s'écoule avec quelque abondance par les orifices, on peut être certain qu'il existe un clapier central et que toute intervention autre que son ouverture sera vaine; s'il ne s'écoule pas d'urine à la pression, on peut espérer avoir affaire à une fistule à trajet direct et tenter les cautérisations.

Bonnet, de Lyon, qui a laissé une si grande trace dans la chirurgie de ce siècle, a abusé de cette méthode des cautérisations dans les tumeurs urineuses; il professait qu'il fallait ne pas éteindre moins de 8 à 10 gros cautères dans le périnée pour obtenir un résultat, et de fait il réussit quelquefois. C'est probablement dans le cas où il pénétrait ainsi jusqu'au clapier central et où une couche épaisse de tissu proliféré protégeait l'urèthre, mais c'est là une méthode dangereuse et infidèle. Pratiquée comme le faisait l'illustre chirurgien de Lyon après incisions profondes, elle expose à léser le canal et à ne pas toujours atteindre la poche centrale. Bonnet contrevenait de plus à la règle de tout procédé de traitement des fistules en ne rétablissant le canal que plusieurs jours après la cautérisation.

Ce sera en effet, nous le répétons, le premier acte de toute intervention destinée à guérir les fistules périnéo-scrotales. Vous savez que cela peut suffire. Il importe peu que l'on ait obtenu l'élargissement par la dilatation ou par l'uréthrotomie interne.

On a cependant pensé que l'uréthrotomie externe avait une valeur particulière pour le traitement des fistules. Je ne puis partager cette manière de voir. Si les fistules sont complexes, ce n'est pas la section de l'urèthre de dehors en dedans qui pourra suffisamment modifier et leurs trajets et la poche centrale. De quelque façon que l'on attaque le rétrécissement, on ne saurait dans ces cas négliger de s'adresser directement aux fistules. Insuffisante dans les cas complexes, l'uréthrotomie externe est inutile dans les cas

de notre première et de notre seconde catégorie. Les rétrécissements sont d'ailleurs souvent fort longs ou multiples, A moins de démesurément étendre la section, on ne saurait tous les atteindre. Ce que ne peut pas l'uréthrotomie externe est au contraire entièrement au pouvoir de l'uréthrotomie interne. C'est à elle que j'ai eu recours chez nos trois opérés, et c'est elle qu'il convient de mettre en usage dans la plupart des cas.

La section intra-uréthrale permet d'ailleurs de placer immédiatement une sonde de calibre suffisant pour rester à demeure après l'opération et pour servir de guide pendant qu'on la pratique.

Il faut, vous ai-je dit, s'attaquer directement aux fistules; j'ajouterai qu'il faut le faire largement. Mais ne prenez pas le change. N'allez pas croire que vous aurez fait le nécessaire en pratiquant des incisions multiples et profondes. Il faut savoir où l'on va, pour méthodiquement et complètement agir.

Pour cela, ma pratique est toujours la même : je fais une incision médiane, et j'avance progressivement dans l'épaisseur du périnée, faisant écarter les parties latérales avec des érignes aiguës jusqu'à ce que j'aie découvert le clapier central.

Ceci fait, je m'assure de la situation de l'urèthre que l'on sent dans la profondeur comme un cordon fibreux, que l'on peut même rendre plus facilement sensible en faisant jouer la sonde. J'incise alors les trajets fistuleux, soit de la poche centrale à la peau, soit de la peau à la poche. Mais j'aurais agi insuffisamment si je n'attaquais les parois de la poche. Je les enlève soit avec des ciseaux ou avec le bistouri, je les dissèque ou les abrase avec la peau. On fait ainsi dans certains cas une brèche énorme, mais il n'y a pas lieu de s'en inquiéter, les tissus granuleront facilement et rapidement, et la perte de substance sera vite comblée.

Examinez notre n° 11, il y a 20 jours que je l'ai opéré; j'ai excisé largement, j'ai cautérisé les parties de la poche

que je n'ai pas cru pouvoir extirper. Actuellement la cicatrisation est si avancée qu'il ne reste plus qu'une fente médiane qui sera bientôt fermée; le malade urine par la verge, rapidement, même sans se sonder; l'urine ne passe presque plus par le périnée, vous avez vu à la visite son pansement qui, en place depuis deux jours, était presque sec.

Ne craignez pas de pénétrer profondément; il faut aller jusqu'aux orifices uréthraux pour les modifier, puisque ces orifices sont organisés. Ne craignez jamais d'enlever trop de peau au périnée dans votre excision, il fera un emprunt à la bourse voisine et aura bientôt réparé ses pertes. On est toujours étonné de voir de quelle puissance de réparation est douée la région périnéo-scrotale.

J'attaque donc les fistules et les tissus modifiés qu'elles traversent du dehors au dedans. Lorsque j'ai pénétré dans la poche juxta-uréthrale, je suis toujours sûr en rayonnant vers l'extérieur de tout attaquer, de tout sectionner ou de tout enlever. Cette opération diffère absolument de celle qu'avait proposée Voillemier et qui consistait à disséquer tumeurs et fistules du dehors au dedans en se dirigeant vers sa racine. On est toujours exposé, en agissant de la sorte, à ne pas atteindre la poche juxta-uréthrale, la récidive ne se fera pas attendre si elle n'est pas détruite ou complètement modifiée. Aussi est-il le plus souvent nécessaire de cautériser au fer rouge sa paroi la plus profonde, de soumettre à un grattage très complet les parties fongueuses. On ne peut en effet l'exciser complètement parce qu'elle est accolée à l'urèthre. Mais le peu qui en reste est facilement modifié par l'attouchement mesuré et cependant réitéré du thermocautère. On peut également, sur les parties indurées du périnée que l'on n'a pu complètement enlever, promener le couteau rougi ou exercer le grattage. On termine en pansant à plat.

Quand au lieu d'hyperplasie il y a destruction des tissus, la conduite à tenir varie suivant les circonstances, et le résultat est beaucoup moins certain; il faut quelquefois re-

courir à la périnéoplastie en laissant une sonde à demeure. Vous aurez rarement l'occasion d'agir de la sorte. Il y a cependant peu de temps que vous observiez un malade dont le périnée n'a été reconstitué qu'après deux périnéorrhaphies et le port prolongé de la sonde à demeure.

Enfin, pour terminer, permettez-moi de revenir encore sur le traitement préventif des fistules, traitement sur lequel j'ai insisté si souvent devant vous et dont tous les jours vous constatez les excellents résultats dans mon service.

Lorsque vous incisez une infiltration d'urine ou un abcès urineux, ayez toujours soin d'aller jusqu'au foyer, c'est-à-dire dans la poche centrale, au fond du périnée, au contact de l'urèthre ; là, placez un drain que vous maintiendrez en place par un crin de Florence venant faire issue dans la région inguinale et arrêté en ce point sur un petit rouleau de gaze iodoformée.

C'est le drain au plafond, bien connu de mes internes; il sera votre sauvegarde : laissez-le jusqu'à ce qu'il soit serré par le tissu de cicatrices, laissez-le plusieurs semaines, et vous pourrez avoir la certitude de voir votre malade complètement guéri sans fistule consécutive. La cicatrisation, au lieu de se faire par les bords de la poche, d'en laisser subsister une partie qui deviendra le générateur de fistules, se fera le long du drain. Lorsque vous l'enlèverez, la poche aura été comblée par les bourgeons charnus et le trajet du drain se cicatrisera dans toute son étendue.

Note sur l'opération du varicocèle,

Par M. Paul Segond

Chirurgien des hôpitaux, Professeur agrégé à la Faculté,

Membre de la Société de chirurgie.

Le 27 février dernier, j'ai fait à la Société de chirurgie un rapport sur une observation d'*impuissance congénitale*

guérie par l'opération du varicocèle. A propos de ce fait intéressant communiqué par mon ami le docteur Jamin, j'ai appelé l'attention de mes collègues sur les divers procédés opératoires applicables à la cure des varices spermatiques en insistant sur la valeur particulière de la simple résection scrotale. Plusieurs faits cités par Lucas-Championnière et Reclus sont venus confirmer mon dire et, si limité que soit le point de pratique visé par mon rapport, j'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt pour les lecteurs de ce journal de résumer ici l'ensemble de notre discussion et des faits qui s'en dégagent.

Voici d'abord un aperçu de l'observation communiquée par M. Jamin : Il s'agit d'un jeune homme de 26 ans, robuste, bien constitué et n'accusant qu'un seul trouble : l'impossibilité d'obtenir une érection complète et durable. Des éjaculations très rapides et précédées par une turgescence pénienne des plus insuffisantes, tel est le seul résultat que lui aient jamais donné la masturbation d'abord et plus tard les tentatives de coït les plus réitérées. Désespéré par cette infériorité génitale, il consulte M. Jamin en septembre 1887. Après quelques tentatives thérapeutiques infructueuses, notre distingué confrère constate qu'il y a tout lieu d'attribuer l'impossibilité des érections à l'existence d'un varicocèle gauche. Les détails fournis par le patient sont significatifs : le varicocèle, d'ailleurs peu volumineux, disparaît dans le décubitus dorsal ; lorsque les veines spermatiques sont ainsi vidées, l'érection se provoque aisément ; mais au moindre mouvement, le varicocèle reparaît et avec lui la flaccidité pénienne. Pour contrôler la réalité de ces assertions, le docteur Jamin cherche à obtenir la réduction prolongée du varicocèle ; il y réussit à l'aide d'un suspensoir approprié, et, pendant tout le temps que dure la réduction, le jeune homme constate que sa verge est enfin capable de s'ériger d'une manière durable. Dans ces conditions, l'existence d'une étroite corrélation entre l'impossibilité des érections et l'état de réplétion des varices spermatiques n'est

plus douteuse et l'indication d'une intervention s'impose.

Le 16 janvier 1888, M. Jamin opère le varicocèle (excision unilatérale du scrotum par le procédé de Guyon, avec résection des veines malades dans une étendue de 2 à 3 centimètres). Les suites opératoires sont aussi simples que possible. Le 1er mars, l'opéré reprend ses occupations habituelles. Quant au résultat fonctionnel obtenu il ne laisse rien à désirer. Dès les premiers jours qui suivent l'intervention, des érections fréquentes se produisent. Toutefois la turgescence n'est point encore parfaite : le gland reste flasque et la première tentative de coït, faite en avril, échoue. Peut-être faut-il incriminer ici l'émotion inséparable d'un premier début? Toujours est-il qu'en mai, l'érection devient irréprochable, le gland y prend enfin sa part, et depuis lors des rapports sexuels répétés ont à maintes reprises démontré la validité de la cure. Cette observation curieuse mérite d'être envisagée au point de vue du résultat obtenu, de l'indication qui en découle et du manuel opératoire adopté.

Le résultat est aussi net que possible. Un examen attentif, un interrogatoire soigné et une vérification orthopédique des plus concluantes démontrent à M. Jamin que son malade est impuissant parce qu'il a un varicocèle. Aussitôt M. Jamin supprime le varicocèle par une intervention appropriée et, comme conséquence immédiate de cet acte chirurgical, l'opéré devient apte à l'érection et désormais capable de satisfaire une appétence génitale toujours déçue jusque-là. Rien de plus clair. Mais, dira-t-on, comment interpréter ce fait bizarre? Comment l'état variqueux du faisceau antérieur des veines spermatiques peut-il empêcher l'afflux et surtout la stase du sang artériel dans l'appareil érectile de la verge? Il y a là quelque chose qui déroute nos connaissances physiologiques et anatomiques.

Que pareille situation soit créée par l'état variqueux de la veine dorsale de la verge, chacun le conçoit. Tout récemment Parona (*Bull. méd.* 1888, p. 1388) a relaté trois exemples de cette disposition. Dans ces trois cas, la veine

dorsale de la verge était variqueuse et l'érection impossible par excès de dérivation sanguine. Parona a fait disparaître l'état variqueux par des injections intra-veiniennes, et tout aussitôt ses trois opérés ont retrouvé l'intégrité de leurs fonctions génitales. Mais ce qui est vrai pour la veine dorsale de la verge n'a plus raison d'être pour les veines spermatiques. Celles-ci à coup sûr ne sauraient dériver à leur profit le sang contenu dans l'appareil érectile de la verge. J'ajouterai, et je crois ce détail important, que M. Jamin n'a jamais noté chez son malade ni trace d'atrophie testiculaire, ni phénomènes douloureux permettant d'incriminer une névralgie du testicule ou du cordon. Dans ces conditions, toute interprétation plausible me paraît très difficile.

On pourrait à la vérité se demander si le client de M. Jamin n'était pas un simple hypocondriaque dont la timidité génitale aurait été heureusement modifiée par la mise en exécution d'une opération depuis longtemps désirée ; mais ce n'est encore qu'une hypothèse, hypothèse très défendable je le reconnais, mais je ne puis admettre qu'elle soit, comme l'ont avancé Berger et Terrier, la seule vraisemblable. Lucas-Championnière et Reclus ont très justement observé qu'en nombre de cas, l'impuissance des sujets atteints de varicocèle est en relation avec les névralgies testiculaires ou funiculaires dont ils souffrent souvent, et Quénu pense que ces phénomènes sont eux-mêmes sous la dépendance des lésions nerveuses dont il a démontré l'existence chez les variqueux. Ces lésions existaient-elles dans le cas de Jamin ? Je l'ignore. Quant aux troubles névralgiques, ils faisaient absolument défaut, et partant, ils ne sauraient être accusés. En résulte-t-il qu'il faille de parti pris classer notre jeune homme parmi les hypocondriaques ? Je n'en suis pas convaincu et, tout compte fait, le plus sage est, je le répète, de réserver la question d'interprétation.

D'ailleurs la netteté clinique de l'observation du docteur Jamin en compense assez bien les obscurités théoriques

pour qu'elle demeure un document très instructif. Sans doute elle n'est pas seule de son espèce. Bien que la rigidité soit rare chez les variqueux spermatiques, plusieurs observations ne démontrent pas moins la possibilité de ce trouble fonctionnel. Vidal de Cassis raconte même qu'il a observé un jeune homme chez lequel la voix avait simultanément pris les caractères de celle des castrats. Il ajoute que l'opération permit au malade de retrouver à la fois son timbre de voix et sa puissance génitale. L'observation de M. Jamin n'est, à vrai dire, qu'un exemple de même ordre ; mais encore une fois, j'en connais peu qui démontrent avec autant de précision comment l'impuissance peut devenir une indication formelle de la cure chirurgicale du varicocèle.

Reste la question du mode d'intervention. Pour guérir son malade, M. Jamin a eu recours à la résection unilatérale du scrotum combinée à l'excision des veines malades. Je lui avais moi-même conseillé ce mode opératoire et je crois que c'était la meilleure conduite à tenir dans ce cas particulier. Mais il faut bien savoir que ce choix n'a rien d'absolu. En d'autres circonstances on peut, on doit intervenir d'une manière différente, et l'observation de M. Jamin m'est une occasion d'exposer en quelques mots comment il convient, à mon sens, d'envisager cette question de pratique chirurgicale.

La cure chirurgicale du varicocèle par les méthodes dites préservatrices a fait son temps, et c'est au bistouri que se sont à bon droit adressés presque tous les chirurgiens qui ont, durant ces dernières années, remis en honneur cette excellente opération. Ils ont d'une manière variable combiné la ligature des veines, leur section, leur excision et la résection du scrotum. D'autres ont eu recours à la résection pure et simple du scrotum et tous, on peut le dire, ont obtenu d'excellents résultats. Aussi bien, et c'est le côté de la question sur lequel je désire m'arrêter un instant, doit-on se garder de préconiser exclusivement tel ou tel des procédés

récemment mis en œuvre. Comme je l'ai dit ailleurs (article « Varicocèle » du nouveau *Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, t. XXXVIII, 1885), le varicocèle n'est pas toujours semblable à lui-même et c'est à déterminer les conditions les meilleures de l'intervention suivant les cas particuliers qu'il faut avant tout s'attacher. Dans son intéressante publication des *Annales des maladies des organes génito-urinaires* (1887, p. 14, 92 et 631), Le Dentu a défendu cette même pensée. Lors donc qu'on se trouve en présence d'un cas donné de varicocèle justiciable d'une intervention, il faut prendre en considération la nature des troubles fonctionnels, l'intensité des douleurs, le volume du varicocèle, l'état de relâchement des bourses, et c'est alors seulement qu'il sera possible d'opter en connaissance de cause pour telle ou telle méthode opératoire. Est-il possible de donner à cet égard des règles tout à fait précises? Je ne le crois pas.

Sans doute, certains préceptes généraux peuvent être énoncés. Ainsi, lorsque les varices sont petites, très douloureuses et les dimensions du scrotum peu modifiées, il suffit d'agir sur les veines (ligature ou mieux résection entre deux ligatures). De même lorsque le relâchement excessif est le symptôme dominant, la résection bilatérale du scrotum telle que la préconise Henry, de New-York (*Treatment of varicocele by excision of redundant scrotum*, New-York, 1881), devient le procédé de choix. Il est enfin admis que dans la majorité des cas la double indication d'agir à la fois sur les veines et sur le scrotum se présente, et c'est aux méthodes combinées qu'il faut recourir. Les deux meilleurs procédés sont alors, soit le procédé de Guyon en le complétant par l'excision veineuse, soit le procédé de Le Dentu (résection veineuse au niveau du cordon spermatique suivie d'une résection scrotale bilatérale).

C'est à dessein que je ne parle pas ici du procédé, fort ingénieux du reste, de Horteloup (*comm. à l'Académie de médecine*, mars 1885). En effet, je ne puis accepter qu'il faille

réséquer quand même le faisceau veineux postérieur qu'il soit ou non variqueux. Non point que je conteste un seul instant la perfection des résultats ainsi obtenus ; mais lorsque Horteloup nous déclare que la résection du faisceau veineux postérieur sain modifie heureusement l'état variqueux des veines antérieures, je cesse de comprendre et, dans les cas de ce genre, j'estime que les bienfaits de l'intervention sont en réalité l'œuvre de la seule résection scrotale. En fait, l'état variqueux du faisceau veineux postérieur peut seul exiger sa résection, et même, lorsqu'il en est ainsi, je crois qu'on a tout avantage à exécuter l'opération à ciel ouvert sans recourir au manuel ou aux instruments compliqués imaginés par Horteloup.

Les quelques règles que j'énonçais plus haut sont bien, me semble-t-il, les seules que l'on puisse poser. Il me paraît impossible de les formuler plus catégoriquement, et cette réserve est d'autant plus nécessaire que la valeur réelle de certains procédés n'est pas encore bien connue. Le procédé de résection scrotale proposé par A. Cooper et remis en honneur par Henry (de New-York) est de ce nombre, et je le crois cependant digne de la plus grande attention. Il n'est pas douteux qu'il soit plus expéditif et moins grave que les opérations dans lesquelles on s'adresse à la fois aux veines et au scrotum. On sait enfin que les partisans de la résection bilatérale du scrotum affirment l'excellence de leurs résultats.

J'ai pratiqué une fois cette opération, le 22 août dernier, sur un jeune garçon de 19 ans affligé d'un varicocèle gauche énorme et particulièrement douloureux. Pour exécuter cette résection scrotale fort étendue, je n'ai employé aucun instrument spécial. Deux pinces hémostatiques ont d'abord jalonné deux points de l'incision que j'allais faire. Puis, refoulant le plus haut possible les testicules et les maintenant ainsi relevés à l'aide d'une pince à mors longs et courbes modérément serrée, j'ai fait tendre le scrotum par un aide et, d'arrière en avant, avec un simple bistouri, j'ai pra-

tiqué la résection comme on taille un lambeau cutané quelconque. Cela fait, j'ai pu tout à mon aise assurer l'asepsie et l'hémostase, puis j'ai suturé à l'aide d'une série de fils d'argent fins et très rapprochés. Huit jours après les fils étaient enlevés et la cicatrice solide. J'ai revu cet opéré trois mois après en parfait état; il ne souffrait plus, le varicocèle avait notablement diminué et le scrotum formait toujours un étroit et solide suspensoir. Je compte bien m'assurer plus tard de la validité de cette cure, mais sans rien préjuger et sans m'exagérer la portée de ce fait unique, je tiens à dire que le résultat obtenu m'a vivement frappé et m'a donné grande confiance dans le procédé en question.

La résection bilatérale du scrotum est cependant loin d'être acceptée par tous les chirurgiens; Terrier, par exemple, s'est nettement prononcé contre la généralisation de ce procédé dont il conteste même la bénignité particulière. A son avis, il y a parité complète entre le pronostic d'une résection portant uniquement sur le scrotum et celui d'une résection intéressant à la fois les veines et la peau. Il me paraît impossible d'accepter les termes de cette assertion. Sans doute, lorsqu'on est sûr de son antisepsie, on peut, sans crainte aucune, combiner la résection des veines à celle du scrotum. L'antisepsie nous confère bien d'autres privilèges, et personne n'est plus que moi porté à les mettre à profit. Mais, est-ce à dire qu'il faille pour cela repousser les occasions qui s'offrent à nous de simplifier tel ou tel procédé opératoire ? Quelle que soit la sûreté de l'antisepsie, peut-on affirmer que réséquer un paquet de veines variqueuses soit aussi parfaitement bénin que sectionner et recoudre un morceau de peau? Je ne le crois pas.

Pour mon compte j'ai plusieurs fois pratiqué la résection combinée des veines et du scrotum, et j'ai toujours obtenu la réunion par première intention sans accident. J'ai cependant souvenir d'une exception dans cette série heu-

reuse. La guérison de l'un de mes opérés, jeune homme de 27 à 28 ans, a été retardée pendant un mois environ par une phlébite de la veine crurale, qui a du reste disparu sans laisser de trace. Ce fait doit-il être négligé ? Faut-il en récuser la portée en mettant la phlébite sur le compte d'une imperfection quelconque dans l'exécution antiseptique de l'intervention ? Admettons-le, le fait d'une complication veineuse possible n'en persiste pas moins. Si rares que puissent être les accidents de cette nature, on ne peut en bonne logique les distraire absolument de la discussion. Je persiste donc à penser que la résection pure et simple du scrotum est une opération moins sérieuse que la résection combinée des veines et du scrotum.

Cette bénignité particulière de la résection bilatérale étant admise, les termes de la discussion sont bien simplifiés. Si les observations ultérieures confirment nos prévisions actuelles, s'il est avéré que la résection du scrotum suffit en nombre de cas à faire disparaître les accidents du varicocèle, il est bien certain que les indications des opérations combinées portant à la fois sur les veines et la peau deviendront moins fréquentes et qu'en maintes circonstances, on donnera le pas à la résection scrotale. Tel est du moins mon avis personnel. Or, la discussion récente de la Société de chirurgie semble indiquer qu'il est bien près d'en être ainsi. J'ai dit plus haut à quel point j'avais été séduit par le résultat que m'a donné la simple résection du scrotum sur l'un de mes opérés. A leur tour Lucas-Championnière et Reclus, par la relation d'un nombre important d'observations personnelles, ont montré comment ils avaient reconnu la valeur indiscutable de la résection scrotale. — Lucas-Championnière a pratiqué 13 fois cette opération avec un succès constant. Il estime que l'action directe sur les veines donne des résultats aléatoires et déclare que la résection scrotale reste en définitive le plus sûr moyen de faire disparaître les accidents du varicocèle. — Reclus est non moins affirmatif et je tiens à reproduire la note fort

intéressante qu'il a bien voulu me remettre sur les résultats de sa pratique personnelle.

J'ai pratiqué, dit-il, sept fois l'opération du varicocèle par la simple résection scrotale, quatre fois à l'hôpital et trois fois en ville. Je ne dirai rien des cas hospitaliers, car je n'ai pu suivre mes malades, et pour une intervention aussi bénigne le succès opératoire compte pour peu, le succès thérapeutique seul importe. Je dirai simplement que les suites de l'acte furent sans incident et la guérison rapide, sauf dans un cas où l'épidermisation d'une partie de la ligne cicatricielle fut assez lente; dans une étendue d'un à deux centimètres les papilles exulcérées restèrent dénudées pendant quelque temps, mais l'opéré ne resta pas plus de trois semaines à l'hôpital.

J'ai pu suivre mes opérés de la ville et je puis affirmer que le résultat de mon intervention a été excellent. Le premier était un jeune homme de 25 ans, superbe, bien bâti, mais lipémaniaque: son varicocèle, d'ailleurs très volumineux, l'inquiétait beaucoup, il en perdait le sommeil et l'appétit, éprouvait dans les bourses des douleurs sourdes qui s'irradiaient vers les lombes: elles étaient constantes et le malade n'osait, de peur d'échec, se livrer au coït, pour lequel cependant il se sentait une propension marquée. Mon intervention a maintenant 23 mois de date, et mon malade ne souffre plus des reins, ni du scrotum, ni du testicule; les bourses n'ont pas fléchi, les fonctions sont parfaites, et notre opéré se félicite de l'intervention.

Mon deuxième cas est relatif à un étudiant en droit de 20 ans, porteur depuis quelques années d'un énorme varicocèle gauche compliqué d'un léger varicocèle droit. Ici les douleurs sont à peine marquées, mais la gêne est constante et puis le testicule gauche est un peu atrophié, en tous cas sensiblement moins gros que le testicule droit: aussi notre malade, fort amoureux, et désireux de se marier, n'ose faire sa demande avant une opération. La résection scrotale simple est pratiquée, et le résultat fut excellent. La tristesse constante dans laquelle notre malade était plongé disparut après l'opération; le testicule reprit ses dimensions primitives. Aussi notre opéré fit-il sa demande en mariage qui fut agréée, et maintenant il est père. Il y a maintenant 20 mois que la résection a été pratiquée, et le scrotum ne s'est point allongé: il constitue toujours pour le malade un étroit et solide suspensoir.

Notre troisième cas est plus récent; il s'agit d'un jeune Américain que fatiguait un varicocèle volumineux que compliquait un épaississement peut-être éléphantiasique du scrotum: ici même il y avait des troubles dans le coït auquel le malade n'osait guère se livrer, car les douleurs s'exaspéraient après chaque rapport. L'intervention a été pratiquée, et maintenant, 7 mois après, il jouit encore et pleinement du bénéfice de son opération qui lui permet des marches prolongées sans fatigue et des coïts réguliers.

Je concluerai donc en insistant une dernière fois sur les

avantages que la résection pure et simple du scrotum me paraît offrir dans le traitement du varicocèle. C'est une opération très simple d'exécution, elle n'exige aucun appareil instrumental spécial, elle est d'un bénignité avérée ; et si les résultats qu'elle donne sont, comme je le crois, durables et de bon aloi, il n'est pas douteux qu'en beaucoup de cas, jusqu'ici justiciables des résections combinées, elle deviendra l'intervention la plus sûre et la plus simple. Cette formule n'a rien d'absolu, et nous ne prétendons certes pas que la résection scrotale sera toujours l'opération de choix. Dans la cure chirurgicale du varicocèle le procédé opératoire, pour être rationnel, doit toujours varier avec le cas particulier ; c'est chose bien entendue et mes déclarations me semblent trop explicites à cet égard pour qu'il me paraisse nécessaire de revenir sur la valeur de ce précepte fondamental.

Valeur de l'intervention chirurgicale dans le traitement des tumeurs de la vessie

(Bénignité de l'opération, choix du meilleur procédé opératoire. Résultats thérapeutiques éloignés, d'après l'analyse de 198 opérations).

par M. le docteur Alfred Pousson,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, chirurgien des hôpitaux.

(*Suite et fin.*) (1)

Il me semble absolument inutile de relever la statistique des très nombreux procédés d'exérèse employés pour extirper les tumeurs vésicales une fois la vessie ouverte. Comme je l'ai dit ailleurs, « la sagacité du chirurgien choisira alors à loisir et en connaissance de cause dans son arsenal ». Je crois d'ailleurs pouvoir émettre à ce sujet une opinion que personne ne contredira, c'est que dans l'espèce l'importance de l'opération fondamentale, qui est l'extirpation aussi

(1) Voir le numéro de mai 1889.

complète que possible du néoplasme, s'efface devant celle de l'opération préliminaire permettant de l'accomplir.

Suivant son volume, sa forme, sa consistance, ses connexions avec les parois vésicales, la tumeur a été tantôt sectionnée avec des ciseaux, des pinces coupantes, des cisailles, tantôt extirpée à l'aide de la torsion, de la ligature au moyen d'un serre-nœud, d'un écraseur. D'autres fois les opérateurs ont pratiqué l'exérèse avec le galvano ou le thermo-cautère. Dans la majorité des cas, c'est la méthode du morcellement qui a été employée, et le néoplasme a été détruit aussi complètement que possible par le grattage, le raclage, le curage au moyen d'instruments divers, cuillers tranchantes de Volkmann, curettes utérines de Sims, etc., ou même du doigt et de l'ongle. Ces derniers moyens en apparence rudimentaires, fort à la mode depuis quelques années, constituent en réalité pour les néoplasies, qui végètent dans les tissus normaux en se les assimilant, comme c'est le cas pour le plus grand nombre des néoplasmes vésicaux, un procédé d'exérèse « très régulier, très puissant et très satisfaisant », ainsi que le dit avec l'autorité de l'expérience le professeur Trélat. La friction forte de la muqueuse vésicale à l'aide d'une éponge a été aussi fort heureusement employée pour détruire les nombreuses petites végétations qui, poussant à la surface interne du réservoir urinaire, lui donnent l'aspect d'un gazon plus ou moins touffu.

Mais quelque soin qu'on mette à extirper par ces divers moyens le néoplasme jusque dans ses dernières racines, on n'est jamais sûr de s'être à jamais mis en garde contre les récidives, surtout lorsqu'il s'agit de productions malignes. La résection seule de la vessie dans une étendue dépassant suffisamment la zone d'infiltration est capable d'offrir quelque garantie à cet égard. Cette résection, dont Bazy dans son mémoire et Monod, dans son rapport sur ce travail à la Société de chirurgie, avaient entrevu la possibilité et que j'ai moi-même admis théoriquement en m'appuyant sur les expériences de Th. Gluck et A. Zell, Fischer, Znamensky,

reprises et perfectionnées depuis par Racidmonsky, n'avait été tentée alors que chez la femme par A. T. Norton. Depuis elle a été pratiquée chez l'homme une fois par Geza von Antal, deux fois par Guyon. Ces trois tentatives sont très encourageantes, car elles ont donné deux succès et une mort.

Geza von Antal, chez un malade de 61 ans, qui portait un néoplasme malin du sommet de la vessie, après avoir ouvert le réservoir par-dessus le pubis, décolla le péritoine au niveau de la tumeur et réséqua ainsi au-dessous de la séreuse non ouverte et *de dehors en dedans* toute la partie dégénérée ne comprenant pas moins d'un tiers du réservoir. Il sutura ensuite les bords de l'ouverture et vit au bout de quarante jours son malade complètement guéri, et pouvant retenir dans sa vessie ainsi amoindrie 300 ou 400 grammes d'urine. Guyon fut moins heureux que le chirurgien autrichien dans son premier essai de résection sous-péritonéal de la vessie, et perdit son malade d'une péritonite. Il est vrai de dire que l'infiltration néoplasique s'étendait bien au delà de l'hémisphère supérieur de la vessie, seule région (1), on le comprend, où cette résection soit possible. Depuis, le chirurgien de Necker a imaginé dans un cas de réséquer la paroi vésicale dégénérée *de dedans en dehors*. Il s'agissait d'un néoplasique vésical de 55 ans, à l'ouverture de la vessie duquel on trouva sur le côté droit du réservoir une tumeur sessile, du volume d'une noisette et dont la base d'implantation s'enfonçait dans l'épaisseur des tuniques vésicales. Le chirurgien abrasa la partie saillante de la tumeur et disséqua ensuite ses racines intrapariétales jusqu'à la couche graisseuse limitante, qui suivant Clado se trouve constamment au-dessous des néoplasies vésicales. De cette dissection résultait une sorte de cavité en entonnoir, dont les bords furent rapprochés et maintenus en contact à l'aide de cinq points de catgut. Le malade guérit.

(1) Rappelons qu'il est tout à fait exceptionnel que les tumeurs occupent cet hémisphère supérieur.

Je crois cette manière de faire du professeur Guyon préférable au procédé sous-péritonéal de Geza von Antal. Ce dernier en effet sacrifie d'emblée toute l'épaisseur des parois du réservoir, il crée fatalement une perforation de la vessie à l'emporte-pièce, porte toute préparée pour l'infiltration d'urine pour peu qu'un seul des points de suture vienne à céder; le chirurgien de Necker n'emporte que le tissu pathologique, le bistouri passant au-dessous de lui guidé par la couche graisseuse limitante de Clado, qui opposera une barrière sérieuse, sinon infranchissable, à l'épanchement des urines. D'ailleurs l'anatomie pathologique montre qu'il est des cas où, alors même que la totalité de l'épaisseur des tuniques de la vessie n'est pas envahie par le tissu morbide, le péritoine est intimement adhérent au viscère et ne saurait en être séparé par voie de décollement. C'est ce que prouve l'observation suivante de Gilbert Barling. Ce chirurgien, ayant perdu un opéré à la suite d'une cystotomie sus-pubienne faite pour extirper une tumeur sessile du diamètre « d'une couronne » située sur le côté droit de la paroi supérieure de la vessie, voulut répéter à l'amphithéâtre le procédé de Von Antal, mais il lui fut tout à fait impossible de séparer le péritoine de la base de la tumeur, tant était grande à ce niveau l'adhérence de la séreuse.

Lorsque le néoplasme siège sur l'hémisphère inférieur de la vessie, ou qu'il a envahi la zone des uretères et le bas-fond, peut-on tenter encore la cure radicale par l'extirpation totale de la vessie? Telle est la question que se sont posée les premiers, deux habiles expérimentateurs allemands, Th. Gluck et A. Zell. Pour la résoudre ils ont entrepris sur des chiens une série d'expériences, qui leur ont prouvé que tous les animaux peuvent survivre à une pareille mutilation, à la condition expresse que les uretères soient greffés non sur le rectum, mais abouchés à la paroi abdominale ou à l'urèthre. Dans le premier cas en effet, tous les animaux sont morts dès les premiers jours d'infiltration d'urine, d'épanchement de matières fécales dans l'abdomen, et s'ils

y avaient échappé, leur existence aurait été encore fort sérieusement menacée par des complications ultérieures du côté des reins, si l'on s'en rapporte aux recherches expérimentales de Bardenheuer (de Cologne). Ce chirurgien a observé que tous les chiens, qu'il était parvenu à conserver sains et saufs quelque temps après avoir abouché dans le rectum un seul uretère, finissaient par succomber fatalement à la dilatation de l'uretère et à l'hydronéphrose. Pour éviter ces accidents, Gluck et Zell ont donc répété sur le cadavre une opération théorique, consistant à extirper la vessie sans ouvrir le péritoine et à suturer les uretères au niveau d'une boutonnière faite à l'urèthre, comme dans l'uréthrotomie externe. Cette opération n'a jamais été pratiquée chez l'homme dans le cas de néoplasie vésicale, mais elle a été exécutée avec un plein succès par Sonnenburg chez trois jeunes enfants atteints d'exstrophie vésicale. Je crois qu'on serait autorisé à la tenter dans le cas de tumeur du réservoir urinaire. Cependant des réflexions fort judicieuses, que mon collègue et ami Tuffier a bien voulu me soumettre il y a quelques mois à propos de cette question de la greffe des uretères abordée par moi dans un autre travail, laissent quelques doutes sur les résultats éloignés de cette transplantation des conduits uretéraux. Cet habile opérateur s'appuyant sur des expériences personnelles croit à la réussite opératoire, mais il n'est pas aussi rassuré sur l'avenir des animaux ainsi mutilés. Il rappelle en effet que M. Dastre, qui poursuivait en même temps que lui des expériences sur l'abouchement des uretères à la paroi abdominale, a perdu tous ses animaux de pyélonéphrite plus ou moins tardive. « Il y a là, dit Tuffier, un élément qui me paraît difficile à éviter. » Si grandes que soient les chances de cette inflammation ascendante des voies urinaires, après la greffe des uretères à l'urèthre ou à la paroi de l'abdomen, elles sont, on le comprend, infiniment moindres que lorsque les conduits uretéraux, abouchés à l'intestin, offrent une porte tout ouverte vers le filtre rénal aux germes infectieux,

qui pullulent dans le tube digestif. L'avenir est donc aux procédés d'abouchement des uretères à l'extérieur, et cela pour bien d'autres raisons que celles que nous venons d'invoquer, si jamais la cure radicale des néoplasmes vésicaux par extirpation du réservoir prend droit de cité dans la médecine opératoire. Les résultats récents obtenus par Novaro et Sanquerico, qui ont perdu deux animaux sur trois, ne me semblent pas devoir modifier cette conclusion.

On ne saurait nier que l'opération d'extirpation des tumeurs de la vessie est beaucoup plus simple chez la femme que chez l'homme; aussi, comme nous l'avons vu, la mortalité opératoire dans le sexe féminin est-elle très inférieure à celle du sexe masculin.

Dans les 72 cas d'extirpation de tumeurs vésicales pratiquées chez la femme, je relève les renseignements suivants sur les méthodes et procédés opératoires employés.

La tumeur a été enlevée :

Par le canal de l'urèthre sans dilatation préalable, la tumeur le dilatant suffisamment.	7 fois.
Par le canal de l'urèthre à l'aide du tube endoscopique (Grünfeld)	2 fois.
Par le canal de l'urèthre dilaté soit avec le doigt soit avec divers instruments	45 fois.
Par la cystotomie uréthro-vaginale.	2 fois.
Par la cystotomie vésico-vaginale	7 fois.
Par la cystotomie hypogastrique	2 fois.
Par la cystotomie hypogastrique combinée à la dilatation de l'urèthre	1 fois.
Par la cystotomie hypogastrique et la résection de la vessie.	2 fois.
Par une opération inconnue.	4 fois.

Dans les 4 seuls cas mortels de cette série, qui incombent, comme il a été dit précédemment, à l'acte opératoire, on a employé l'ouverture de la vessie sans autre indication (1), la dilatation de l'urèthre (2), l'extraction à l'aide d'une pince

(1) Obs. 2 de ma thèse, opérateur Lecat.
(2) Obs. 37 de ma thèse, opérateur Bazy.

introduite par l'urèthre dilaté par la tumeur (1), enfin l'incision hypogastrique avec résection de la vessie (2).

On ne peut raisonnablement baser sur ces résultats aucune préférence pour telle ou telle méthode, puisque chacune d'elles ou à peu près compte un des 4 insuccès. L'opération par les voies naturelles semble cependant s'être concilié toute la faveur des chirurgiens, puisqu'elle compte à elle seule pour 55 fois sur les 72 opérations féminines. On est frappé en effet de l'aisance avec laquelle, dans presque tous ces cas, on manœuvre à travers l'urèthre dilaté pour passer un écraseur, un serre-nœud, un porte-ligature quelconque sur le pédicule de la tumeur, pour la morceler à l'aide de pinces coupantes diverses et pour en gratter le point d'implantation. Cependant il est telle circonstance où ces divers modes d'exérèse au juger ne sauraient être employés sans danger et je crois que le chirurgien, se rappelant les cas malheureux de Senftleben, qui détermina une perforation de la vessie chez sa malade, celui de Bazy, qui vit la sienne succomber à l'infiltration d'urine et à la cellulite pelvienne, fera bien de leur préférer l'opération à ciel ouvert pour peu que surgira quelque difficulté rendant ces tentatives hasardeuses. C'est ainsi que fit Bazy dans une de ses opérations (3). Cet habile opérateur ne pouvant parvenir à extraire par l'urèthre une tumeur dure (fibreuse) du volume d'un œuf de dinde, implantée sur la face latérale gauche près de la paroi supérieure, mit résolument le ballon de Petersen dans la vessie et fit ainsi avec une pleine réussite la cystotomie hypogastrique. C'est aussi à l'incision sus-pubienne qu'eut recours sir Henri Thompson chez une néoplasique de 73 ans qui guérit. Gibbons et Parker, dans un troisième cas également heureux, combinèrent l'ouverture du réservoir par l'hypogastre à la dilatation de l'urèthre pour appliquer exactement sur le large pédicule

(1) Obs. 7 de ma thèse, opérateur Senftleben.
(2) Obs. 8 de mon deuxième travail, opérateur Sonnenburg.
(3) Obs. 11 du présent mémoire.

d'un myome une anse galvanique introduite par le canal.

Ces trois faits de cystotomie sus-pubienne chez la femme, pour néoplasie vésicale, confirment cliniquement l'opinion que le professeur Guyon a émise *a priori* dans ses leçons (1) sur l'innocuité et les avantages de cette voie dans le sexe féminin. Sans méconnaître la simplicité des tailles uréthro et vésico-vaginale, qui ont été pratiquées 9 fois sans un seul décès opératoire, je crois que ces tailles basses doivent céder le pas au haut appareil, toutes les fois du moins que le chirurgien se proposera de tenter la cure radicale des tumeurs de la vessie. Seul il permet en effet, outre l'éradication complète de la tumeur principale, l'inspection minutieuse de la muqueuse vésicale, où végètent souvent de fines granulations, de minimes bourgeons, germes de récidive certaine.

Je sais bien que Norton a pu, après avoir pratiqué la taille uréthro-vaginale, disséquer le vagin de la vessie et réséquer avec des ciseaux le point d'implantation d'un papillome frangé poussé sur la base du réservoir, et finalement guérir sa malade en faisant, un mois après, l'opération de la fistule vésico-vaginale ; mais c'est là un cas particulier. Lorsque la tumeur s'implante sur la paroi postérieure ou les parties latérales, comme c'est l'ordinaire, la taille sus-pubienne offre d'autres ressources, ainsi que le montrent les opérations de Lowenburg et Vallace (de Liverpool), qui réséquèrent heureusement la plus grande partie de la vessie de leur malade. Seule la voie hypogastrique permettra, lorsqu'il ne sera pas possible de faire la résection *de dehors en dedans*, de tenter cette résection *de dedans en dehors* à la façon de Guyon chez l'homme.

III

Peu d'opérations donnent autant de satisfaction immédiate que l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la

(1) Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate. Paris, 1888.

vessie. Dans tous les cas que nous avons relevés, à trois ou quatre exceptions près, les douleurs et les hémorrhagies, qui rendent insupportable l'existence des néoplasiques vésicaux et menacent à brève échéance leur vie, ont disparu comme par enchantement sitôt l'ouverture du réservoir. A ce point de vue le résultat est véritablement merveilleux. Malheureusement ce bénéfice, quelque inappréciable qu'il soit, est purement palliatif et jusqu'ici les opérations les plus radicales ne semblent pas être parvenues à prévenir à jamais les récidives. Il paraît même ressortir de l'observation prolongée des opérés que, contrairement à ce que l'on observe dans les autres organes, l'extirpation complète des néoplasies bénignes de la vessie n'assure pas dans un bon nombre de cas la cure définitive. J'ai dans un autre travail discuté les raisons qui expliquent cette fâcheuse tendance des tumeurs vésicales bénignes à repulluler à la surface interne du viscère d'une manière véritablement désespérante et même à changer de nature durant leur évolution.

Quoi qu'il en soit cependant, il serait téméraire d'avancer aujourd'hui que le problème de la cure radicale des néoplasies vésicales bénignes ne sera pas tôt ou tard résolu. Peut-être même est-il permis d'espérer qu'un jour une ablation large et hâtive des tumeurs malignes, dont la limitation et le peu de tendance à l'envahissement au loin des éléments constitutifs sont démontrés par l'anatomie pathologique, pourra à coup sûr guérir pour jamais les malheureux néoplasiques. J'ai fait remarquer précédemment dans quelle circonstance et sous quelles conditions la chose serait réalisable opératoirement.

Déjà les résultats éloignés des opérations, que j'ai relevées, donnent quelque consistance à ces hypothèses consolantes.

On se rappelle que sur les 198 opérations faites sur les malades des deux sexes, que j'ai réunies, 46 se sont terminées fatalement, soit du fait de l'acte opératoire, soit du fait de circonstances particulières, mais dans un délai assez rap-

proché de l'intervention. Ces 46 opérations ne peuvent évidemment pas entrer en ligne de compte dans cette statistique des résultats éloignés. Il en est de même des 11 observations où le résultat opératoire n'est pas mentionné. Il reste donc 141 faits dans lesquels les malades ont été suivis un temps suffisant pour juger les bénéfices palliatifs sinon curatifs de l'affection. De ces 141 faits, 83 appartiennent au sexe masculin et 58 au sexe féminin.

Dans un certain nombre de ces observations les auteurs se sont contentés de mentionner simplement la guérison sans indiquer combien de temps elle persistait encore après l'opération; dans un certain nombre d'autres ils ont noté la durée de cette guérison temporaire; enfin dans quelques-unes, où les malades ont été observés plus longtemps, se trouve indiquée la date de la récidive. Je résume en conséquence dans les 3 tableaux suivants les résultats fournis par une première analyse de ces trois séries de malades.

Ire série de malades dans laquelle la guérison est simplement annoncée sans autre mention.

SEXE MASCULIN

11 fois	il s'agissait	d'une	néoplasie de nature histologique inconnne.
8 fois	—	—	papillome.
3 fois	—	—	fibro-papillome.
2 fois	—	—	tumeur villeuse.
2 fois	—	—	masse polypeuse.
1 fois	—	—	fibro-myome.
1 fois	—	—	type de transition (de Thompson).
1 fois	—	—	tumeur maligne?
6 fois	—	—	épithélioma.
2 fois	—	—	sarcome.

SEXE FÉMININ

8 fois	il s'agissait	d'une	néoplasie de nature histologique inconnue.
11 fois	—	—	papillome.
1 fois	—	—	adéno-papillome.
1 fois	—	—	tumeur villeuse.
3 fois	—	—	polype.
3 fois	—	—	myxome.
1 fois	—	—	tumeur maligne.
1 fois	—	—	sarcome.

IIe série de malades dans laquelle la durée de la guérison est mentionnée.

SEXE MASCULIN

6 fois	la guérison persistait	1 mois après l'opération.		2 néoplasmes de nature inconnue. 1 carcinome. 2 épithéliomas.
2 fois	—	—	2 mois	1 néoplasme de nature inconnue. 1 papillome.
2 fois	—	—	4 mois	1 tumeur villeuse. 1 carcinome.
3 fois	—	—	6 mois	1 néoplasme de nature inconnue. 1 tumeur villeuse. 1 épithélioma.
1 fois	—	—	7 mois	1 tumeur villeuse.
2 fois	—	—	8 mois	1 tumeur villeuse. 1 tissu de granulations.
2 fois	—	—	9 mois	1 néoplasme de nature inconnue. 1 papillome.
3 fois	—	—	10 mois	1 néoplasme de nature inconnue. 1 papillome. 1 tumeur villeuse.
3 fois	—	—	1 an	1 néoplasme de nature inconnue. 1 papillome. 1 type de transition.
1 fois	—	—	14 mois	1 papillome.
1 fois	—	—	15 mois	1 papillome.
1 fois	—	—	18 mois	1 néoplasme de nature inconnue.
1 fois	—	—	2 ans.	1 fibro-papillome.
1 fois	—	—	4 ans	1 fibro-papillome.

SEXE FÉMININ

1 fois	la guérison persistait	1 mois après l'opération.		1 polype.
1 fois	—	—	2 mois	1 néoplasme de nature inconnue.
1 fois	—	—	3 mois	1 fibrome.
1 fois	—	—	1 an	1 polype.
1 fois	—	—	18 mois	1 néoplasme de nature inconnue.

5 fois la guérison	persistait	2 ans après l'opération		2 néoplasmes de nature inconnue. 3 papillomes.
1 fois	—	—	5 ans	1 polype villeux.
1 fois	—	—	8 ans	1 néoplasme de nature inconnue.
2 fois	—	—	Plusieurs années	2 tumeurs malignes.

IIIe série de malades dans laquelle la date de la récidive est notée.

SEXE MASCULIN

2 fois la récidive est survenue à une date inconnue.				1 encéphaloïde. 1 papillome.	
2 fois	—	—	quelque temps après.	1 néoplasme de nature inconnue. 1 masse polypeuse.	
1 fois	—	—	rapidement	1 tumeur maligne.	
1 fois	—	—	3 mois après	1 épithélioma.	
1 fois	—	—	5 mois après	1 épithélioma.	
1 fois	—	—	6 mois après	1 épithélioma.	
1 fois	—	—	7 mois?		
1 fois	—	—	10 mois	1 papillome.	
1 fois	—	—	3 mois	1 épithélioma.	Réopéré.
1 fois	—	—	8 mois	1 épithélioma.	Réopéré.
1 fois	—	—	1 an	1 épithélioma.	Réopéré.
1 fois	—	—	2 ans	1 papillome.	Réopéré.
1 fois	—	—	6 mois	1 papillome.	Réop. 2 f.
1 fois	—	—	2 mois	Généralisation à la cuisse.	
1 fois	—	—	2 mois	Généralisation.	

SEXE FÉMININ

1 fois la récidive est survenue au bout de			3 mois.	1 carcinome.	
1 fois	—	—	— 4 mois.	1 néoplasme de nature inconnue.	
1 fois	—	—	— 2 ans.	1 papillome.	
1 fois	—	—	— 9 mois.	1 épithélioma.	
1 fois	—	—	— 3 ans.	néoplasme de nature inconnue.	Réopérée.
1 fois	—	—	— 3 ans.	1 sarcome.	Réopérée.
1 fois	—	—	— 7 mois.	1 sarcome.	Réopérée.
1 fois	—	—	— 1 an.	1 myxome.	Réop. 3 f.

On ne peut évidemment tirer aucune conclusion des 67 observations (37 masculines et 30 féminines) de la première série où les auteurs se sont contentés de mentionner

simplement la guérison, mais les deux autres séries fournissent un nombre égal de faits (45 masculins et 22 féminins), dans lesquels se trouvent notés le temps, pendant lequel les malades bénéficiaient encore de l'opération, l'époque de la récidive et la durée de la survie. Dans ces 67 cas, 43 fois la guérison a persisté du moins jusqu'au moment de la publication de l'observation et 24 fois les opérés ont été frappés de récidive.

Entrons dans l'analyse détaillée des observations concernant ces deux dernières séries de malades, et voyons d'abord ce qui a trait aux opérés, chez lesquels la récidive ne s'était pas encore manifestée au moment de la publication de l'observation.

La moyenne du temps, pendant lequel les 43 malades ont vécu exempts de récidive, c'est-à-dire guéris de leurs symptômes tout au moins, est de 14 mois 3 jours pour l'ensemble des deux sexes, soit 9 mois seulement chez l'homme et 26 mois 12 jours chez la femme.

Je l'ai dit et je le répète, ces chiffres sont loin de représenter la survie des opérés puisqu'ils sont établis avec les données d'observations arrêtées pendant la vie même des sujets. Mais, même à supposer qu'ils exprimassent exactement le temps pendant lequel les malades, toujours soulagés de tous leurs symptômes atrocement pénibles (douleurs, épreintes) et effrayants (hémorrhagies), ont encore vécu tranquillement et sans alarmes ils seraient encore encourageants. La colotomie lombaire ou iliaque universellement admise aujourd'hui dans le traitement du cancer du rectum prolonge-t-elle davantage la vie des malades?

La lecture de quelques observations, prises parmi celles qui ont servi à établir cette moyenne de survie, montre que chez certains opérés la longue et persistante suspension de tous les phénomènes morbides est bien près d'équivaloir à une guérison définitive. Tel est par exemple le fait rapporté par sir Henri Thompson d'un homme jeune (29 ans), opéré d'un fibro-papillome par la boutonnière périnéale, et chez lequel

la guérison persistait encore 4 ans après. Tels sont aussi les cas féminins de Simon et de Bryant, où la guérison se maintenait parfaite 5 ans dans les premiers cas (femme de 70 ans, polype villeux) et 8 ans dans le second. Je pourrais encore ajouter à cette petite série exceptionnellement heureuse les 2 cas où la durée de la guérison est vaguement désignée sous cette vague formule plusieurs années, si je ne tenais par-dessus tout à ne faire entrer dans ma statistique que des faits précis.

Il ne sera certes pas indifférent aux chirurgiens de savoir dans quelles conditions étaient les néoplasiques, qui ont si heureusement guéri, et quelles opérations ils ont subies. Aussi résumerai-je ces diverses notions.

Je rappellerai d'abord qu'au point de vue du sexe, il y avait 45 hommes et 22 femmes, et que la survie a été près de trois fois plus grande dans le dernier sexe que dans le premier.

Relativement à l'âge, je relève les renseignements suivants :

PARMI LES HOMMES :	PARMI LES FEMMES :
1 opéré avait. . . . . . . 12 ans.	2 opérées avaient. . . . . 19 ans.
1 — — . . . . 21 ans.	
1 — — . . . . 29 ans.	1 opérée avait. . . . . . 30 ans.
2 opérés avaient de. 30 à 35 ans.	
1 opéré avait . . . . . . 38 ans.	1 — — . . . . . 39 ans.
8 opérés avaient de. 40 à 45 ans.	
2 — — — 45 à 50 ans.	3 opérées avaient . . . . 40 ans.
5 — — — 50 à 55 ans.	
2 — — — 55 à 60 ans.	1 opérée avait . . . . . . 64 ans.
1 opéré avait . . . . . . 63 ans.	
1 — — . . . . 67 ans.	1 — — . . . . . 70 ans.
1 — — . . . . 70 ans.	

On voit ainsi qu'à tous les âges la guérison, dans les termes où nous l'entendons, peut être espérée des opérateurs. Si c'est dans l'âge moyen de la vie qu'on relève le plus grand nombre de guérisons, la cause en est simplement à ce que c'est à cette période que s'offrent à l'intervention chirurgi-

cale la plus grande quantité de tumeurs de la vessie. A ceux que pourrait arrêter dans leur entreprise la vieillesse de leur malade, je rappellerai chez l'homme le fait de Thompson, dont le malade, âgé de 63 ans, vivait encore 14 mois après l'opération; celui de Gilbert Barling âgé de 67 ans, dont la santé était encore parfaite 9 mois après l'extirpation d'un papillome par l'incision hypogastrique, et dans le sexe féminin celui de Simon, dont l'opérée de 70 ans se portait encore bien 5 ans après.

On voit par là qu'on peut opérer à tout âge sans crainte de voir la récidive compromettre à bref délai le bénéfice de l'intervention.

Quoi qu'on ait dit (et nous-même avons défendu cette manière de voir) de la gravité des tumeurs vésicales dites bénignes et de leur transformation éventuelle en tumeurs malignes, il n'est pas douteux que dans la vessie comme dans les autres organes l'extirpation des néoplasies histologiquement bénignes confère une plus longue survie que l'extirpation des malignes.

En effet dans cette série de malades dûment guéris pendant un laps de temps déterminé par les observations on trouve que

22 étaient affectés de tumeurs bénignes comprenant les variétés suivantes :	9 papillomes. 5 tumeurs villeuses. 3 polypes. 2 fibro-papillomes. 1 fibrome. 1 myome. 1 tissu de granulations.

13 étaient atteints de néoplasmes de nature inconnue et ne doivent pas entrer en ligne de compte.

Un présentait une tumeur du type de transition de Thompson.

7 enfin étaient atteints de tumeurs malignes offrant les variétés suivantes :	2 tumeurs malignes? 2 carcinomes. 3 épithéliomas.

Dans un assez grand nombre d'observations on ne trouve pas mentionné le temps depuis lequel les malades souffraient

de leurs néoplasies lorsqu'ils ont été opérés, mais dans celles où cette date est relevée on voit que :

2 fois le début du mal remontait	....	à 1 mois	à 6 mois.
3 fois — — —	....	à 1 an	à 1 an 1/2.
3 fois — — —	....	à 2 ans	à 3 ans.
4 fois — — —	....	à 3 ans	à 4 ans.
1 fois — — —	....	à 4 ans	à 5 ans.
3 fois — — —	....	à 5 ans	à 6 ans.
2 fois — — —	....	à 6 ans	à 7 ans.
1 fois — — —	....	à 8 ans	à 9 ans.
1 fois — — —	....	à 9 ans	à 10 ans.
1 fois — — —	....	à 10 ans	à 11 ans.
2 fois — — —	....	à 11 ans	à 12 ans.
1 fois — — —	....	à 12 ans	à 13 ans.
1 fois — — —	....	à 14 ans.	
1 fois — — —	....	à 28 ans.	

Ainsi c'est surtout dans les premières années, qui suivent le début du mal (de 6 mois à 4 ans), que le chirurgien est intervenu, mais dans un assez bon nombre de cas aussi la marche lente et peu bruyante des néoplasies a autorisé, sinon commandé, l'abstention contemplative des opérateurs pendant de longues périodes de 10, 15 et même 28 ans, jusqu'au jour où la violence des symptômes a tout à coup imposé l'action chirurgicale. Remarque importante, ces interventions tardives n'ont pas été moins réussies dans leur issue que les opérations hâtives, ainsi qu'en font foi les observations de Guyon (2 malades frappés depuis 10 et 11 ans), de William Anderson (malade atteint depuis 12 ans), de Keyes (malade atteint depuis 14 ans), de Marie Vœgelin (femme souffrant depuis 28 ans).

Je terminerai enfin cette analyse des conditions où se trouvaient les malades, qui composent cette série heureuse, en relevant le genre d'opérations pratiquées.

CHEZ L'HOMME :		CHEZ LA FEMME :
La boutonnière périnéale a été pratiquée......	14 fois.	Dans les 11 faits rapportés, la dilatation de l'urèthre a été toujours pratiquée à l'exclusion de toute autre opération préliminaire.
La taille latérale.....	3 fois.	
La taille périnéale sans autre indication	2 fois.	
La taille hypogastrique. .	11 fois.	

Ce relevé est évidemment insuffisant pour établir la valeur que chacune des deux méthodes rivales possède pour assurer aussi complètement que possible la cure des néoplasmes vésicaux. Je ne fais d'ailleurs aucune difficulté à reconnaître que la voie périnéale a été employée plus souvent que la voie sus-pubienne, persuadé que, après ce que j'ai démontré précédemment des dangers et de la mortalité de cette méthode, personne ne songera à la réhabiliter en lui attribuant la survie de ces opérés.

Les enseignements, qui se dégagent des 24 faits dans lesquels la récidive a été observée et qu'il me reste à analyser, sont très précieux à recueillir. Ils montrent ce que peut contre un mal, dont la cure radicale est encore problématique, une chirurgie sage mais jamais désarmée.

Dans ces 24 faits la récidive est survenue à une date inconnue 5 fois, entraînant plus ou moins rapidement la mort.

Dans les 19 faits où la date de la récidive est notée, les calculs montrent qu'elle a apparu en moyenne 7 mois et 21 jours après l'intervention dans le sexe masculin, et 16 mois et 9 jours dans le sexe féminin.

15 de ces récidivistes ont été pour des raisons diverses abandonnés à leur sort et ont succombé soit à l'affaiblissement progressif, soit dans 2 faits à la généralisation de la néoplasie. Chez 9 autres la repullulation du mal a été poursuivie par une ou plusieurs opérations, et c'est sur l'analyse détaillée de ces observations que j'appelle surtout l'attention des opérateurs.

Les deux sexes se partagent à peu près également les faits de cette petite série instructive, c'est-à-dire qu'il s'agit 5 fois de malades du sexe masculin et 4 fois de malades du sexe féminin.

Les 5 malades masculins avaient de 50 à 60 ans, à l'exception de deux dont l'un était âgé de 43 ans, et l'autre de 63 ans.

Ils étaient atteints 2 d'entre eux de papillome et les 3 autres d'épithélioma.

Les 2 malades atteints de papillome avaient été opérés par la boutonnière périnéale, l'un par sir Henri Thompson, l'autre par Bernard Pitts. Les 3 patients affectés d'épithélioma avaient été opérés par le professeur Guyon à l'aide de l'incision sus-pubienne.

Les symptômes de récidive (reprise des hématuries, des douleurs, et autres accidents cystiques) se sont manifestés 3 mois, 6 mois, 8 mois, 1 an et 2 ans après la première opération.

La seconde opération a été pratiquée 5 mois, 7 mois, 1 an, 15 mois et 2 ans après la première intervention. Dans cette seconde intervention les chirurgiens ont eu recours aux mêmes méthodes que dans la première, sauf dans un cas où Bernard Pitts, après avoir employé d'abord la boutonnière périnéale, lui préféra ensuite l'incision hypogastrique.

Ces réopérations ont donné 2 morts et 3 guérisons. Les 2 morts s'expliquent suffisamment par l'état d'extrême faiblesse où se trouvaient les malades récidivistes, et le professeur Guyon fait justement remarquer que réopérés plus tôt ces 2 patients auraient sans nul doute heureusement affronté les dangers de cette nouvelle intervention.

Quant aux 3 malades, qui ont survécu, leur guérison persistant encore plusieurs mois après montre tout le bénéfice qu'on peut attendre des opérations renouvelées. L'observation de H. Thompson est à ce point de vue très remarquable, car le chirurgien intervint 3 fois. Il s'agissait d'un médecin de 52 ans souffrant depuis 5 ans d'hématuries rebelles. Le 20 novembre 1882 l'habile opérateur pratique la boutonnière périnéale et extirpe une masse néoplasique implantée sur la paroi latérale droite de la vessie. La guérison se maintient parfaite pendant 6 mois. A cette époque il se produit une petite hématurie se renouvelant dans la suite de plus en plus abondante. Au mois de juin 1883, c'est-à-dire 7 mois après la première opération, Thompson explore à nouveau le réservoir à l'aide d'une seconde boutonnière et enlève encore une assez grande quantité de tissu

morbide. Le malade éprouve un très grand soulagement pendant 6 mois, mais les hématuries reparaissent plus inquiétantes, et le 10 février 1884 le chirurgien intervient pour la troisième fois par le même procédé que précédemment. La guérison survient, mais très lentement en raison de la faiblesse extrême dans laquelle les dernières hémorrhagies avaient plongé le malade.

Les 4 malades femmes réopérées une ou plusieurs fois avaient 18, 42, 58 et x ans.

L'une était atteinte de myxome, 2 de sarcome et la 4e d'un néoplasme de nature indéterminée.

Chez toutes les 4 les opérateurs eurent recours à la dilatation de l'urèthre et à l'ablation par l'écraseur suivie du grattage avec les doigts et des instruments divers.

La récidive survint 7 mois, 1 an et 3 ans (dans 2 cas) après la première intervention. Dans un de ces derniers cas publié par Carr la malade eut une grossesse qu'elle porta parfaitement à terme avant les premiers signes de récidive. Une seconde opération, pratiquée chez ces 4 malades aussitôt l'apparition des manifestations récidivantes, a donné 4 succès durables persistant encore 6 mois après chez 2 patientes, 1 an chez une troisième et un temps non déterminé chez la quatrième. Chez cette dernière malade âgée de 18 ans, Schatz dut intervenir 3 fois pour poursuivre les récidives d'un myxome. La première opération faite à travers l'urèthre dilaté par la tumeur fut suivie d'une accalmie qui dura un an. Au bout de ce temps la réapparition des symptômes réclama une nouvelle intervention, qui fut suivie d'une guérison temporaire telle que la malade devint enceinte et accoucha heureusement. Mais 14 mois après cette deuxième opération la tumeur récidivée a le volume d'une noisette. Schatz incise alors le côté droit de l'urèthre et attirant la tumeur à travers ce canal il la résèque soigneusement à sa base. Dix points de suture réunissent les lèvres de la plaie et la guérison survient rapidement sans rétention ni incontinence des urines.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES ET RÉSUMÉ

DE 65 OBSERVATIONS D'OPÉRATIONS DE TUMEURS DE LA VESSIE CHEZ L'HOMME

1. **Sir Thompson** (H.). — *Semaine médicale*, 25 novembre 1885. — Homme 55 ans. — Cystotomie sus-pubienne. — Fibro-papillonne. — Guérison.
2. **Baum.** — *Philadelph. med. Times*, 9 janvier 1886.
3. **Morrant Baker.** — *The Lancet*, 17 avril 1886. — Homme 45 ans. — Début il y a 6 mois. — Douleurs violentes; mictions très fréquentes et douloureuses, peu d'hématurie. — Taille médiane. — Guérison opératoire. — Mort 2 mois après à la suite d'une ponction hypogastrique pour la mise à demeure d'une sonde molle.
4. **Desnos** (E.). — Communicat. au 2e Congrès des chir. franç., 1886. — Homme 43 ans. — Début 11 ans. — Hématuries d'abord éloignées et peu abondantes, puis rapprochées et très graves. — Cystotomie sus-pubienne. — Tumeur formée de deux parties : papillome et épithélioma (Clado). — Guérison se maintenait 6 mois après l'opération.
5. **Charamis** (L.) (d'Athènes). — *Ann. des mal. des org. génit. urin.*, septembre 1887. — Homme 53 ans. — Début 5 ans. — Hématuries. — Cystotomie hypogastrique. — Fibro-papillome. — Guérison se maintenait 2 ans après.
6. **Charamis** (L.). — *Loc. cit.* — Homme 72 ans. — Cystotomie sus-pubienne. — Guérison. — Le malade allait bien au 20e jour, moment de la publication.
7. **Guyon** (F.). — *Ann. des mal. des org. génit. urin.*, septembre 1887. — Homme 51 ans. — Début 3 ans. — Cystite au début; mictions très fréquentes et douloureuses. — Hématuries. — Cystotomie sus-pubienne. — Epithélioma cylindrique. — Guérison.
8. **Keyes.** — *Journ. of cutaneous and genito-urinary diseases*, juillet 1887. — Homme 49 ans. — Début 14 ans. — Douleurs, hématuries peu fréquentes d'abord, puis très fréquentes et durables. — Cystotomie sus-pubienne. — Papillome villeux. — Guérison persistait 7 mois après.
9. **Keyes.** — *Loc. cit.* — Homme 28 ans. — Début 4 ans. — Fréquence, douleurs, brûlure à la fin des mictions. — Cystotomie sus-pubienne. — Guérison.
10. **Horteloup.** — *Progrès méd.*, 18 septembre 1886. — Homme 53 ans. — Début 2 ans. — Mictions difficiles et fréquentes, bientôt douleurs, hématuries, cystite, rétention. — Boutonnière périnéale et dilatation du col. — Impossible d'extirper la tumeur qui sort toute seule dans la journée par la plaie. — Cancer ? — Guérison se maintenait 4 mois après.
11. **Picard** (H.). — *Journ. de méd. de Paris*, 27 février 1887. — Homme 68 ans. — Mictions très douloureuses et hématuries très abondantes. — Cystotomie sus-pubienne. — Épithélioma. — Guérison opératoire. — Mort au bout de 6 mois.
12. **Sydney Jones.** — *The Lancet*, 9 juillet 1887. — Homme 54 ans. — Début 2 ans. — Hématuries d'abord éloignées puis continues. Peu de douleurs, mais mictions fréquentes. — Cystotomie sus-pubienne. — Papillome. — Guérison.
13. **Delefosse.** — Communicat. à la Soc. médico-pratique de Paris, mars

1887. — Homme 30 ans. — Début 1 an. — Hématuries, mictions très douloureuses et fréquentes; souffrances intolérables. — Cystotomie sus-pubienne. — Mort 1 mois après d'épuisement.

14. **Lange.** — Communicat. à la Soc. de chir. de New-York. — *Med. Journ.* janvier 1888. — Homme 61 ans. — Début 18 mois. — Hématuries, douleurs à de très rares intervalles. — Cystotomie sus-pubienne. — Papillome. — Guérison.

15. **Stein.** — *Journ. of cutaneous and genito-urinary diseases*, janvier 1888. — Homme. — Début 1 mois. — Irritabilité de la vessie, puis hématurie, mictions très fréquentes. — Boutonnière périnéale. — Polype fibreux. — Guérison rapide.

16. **Langton.** — *The Lancet*, 26 décembre 1885. — Homme 25 ans. — Début 1 an. — Hématurie soudaine et continue. — Taille périnéale. — Les débris sont aspirés avec l'appareil de Bigelow. — Sarcome alvéolaire. — Guérison.

17. **Paquet.** — *Bull. méd. du Nord*, juillet 1887. — Homme 62 ans. Début 2 ans. — Sang dans les urines de temps à autre, puis d'une façon continue, douleurs peu vives. — Cystotomie hypogastrique. — Tumeur villeuse. — Guérison.

18. **Kümmel** (H.). — *Deut. med. Woch*, n° 7, 1887. — Homme 31 ans. — Cystotomie hypogastrique. — Papillome. — Guérison.

19. **Antal** (G. V.). — *Centralbl. f. chir.*, n° 36, 1885. — Homme 61 ans. — Cystotomie hypogastrique et résection de la paroi vésicale. — Tumeur maligne. — Guérison.

20. **Trzebicky.** — *Wien. med. Press.*, n° 42, 1885. — Homme... — Taille périnéale. — Papillome. — Guérison.

21. **Tassi.** — *Bull. Acad. med. de Roma*, juin 1886. — Homme... — Fibromyome sessile. — Guérison.

22. **Weir** (R.). — *Med. News.*, décembre 1886. — Homme 55 ans. — Hématuries abondantes; mictions fréquentes et douleurs rectales. — Cystotomie sus-pubienne. — Sarcome. — Guérison opératoire mais récidive du néoplasme au bout de 6 mois.

23. **Lange.** — Communicat. à la New-York surg. Soc. *New-York med. Journ.*, décembre 1886. — Homme 53 ans. — Début 1 an. — Hématurie, à la fin des mictions parfois très abondantes. — Cystotomie sus-pubienne. — Sarcome. — Guérison.

24. **Buckstone-Browne.** — *British med. Journ.*, janvier 1887. — Homme 64 ans. — Début 4 ans. — Hématuries d'abord espacées, puis presque continues, difficultés et douleurs à la fin des mictions. — Boutonnière périnéale. Le néoplasme était trop volumineux pour passer par cet orifice, séance tenante cystotomie sus-pubienne. — Fibro-papillome. — Guérison.

25. **Guyon** (F.). — Leç. chir. sur les affections chir. de la vessie et de la prostate. — Homme 60 ans. — Hématuries extrêmement abondantes. — Cystotomie sus-pubienne pour la seconde fois. — Mort probablement de cellulite pelvienne.

26. **Guyon** (F.). — *Loc. cit.* — Homme 65 ans. — Début 11 mois. — Phénomènes de cystite très rebelle bientôt compliquée d'hématurie. — Boutonnière périnéale et dilatation forcée de l'urèthre. — Papillome? Mort 2 jours après d'infiltration d'urine et d'affaiblissement progressif.

27. **Guyon** (F.). — *Loc. cit.* — Homme 38 ans. — Début 11 ans. — Hématuries d'abord peu abondantes et espacées, puis rapprochées et très abondantes. — Cystotomie sus-pubienne. — Papillome. — Guérison.

28. **Guyon** (F.). — *Loc. cit.* — Homme 59 ans. — Début 10 ans. — Hématuries spontanées, prolongées, rebelles, continuelles depuis 1 an. — Anémie profonde. — Cystotomie sus-pubienne. — Guérison.
29. **Guyon** (F.). — *Loc. cit.* — Homme 44 ans. — Début 4 ans. — Hématuries courtes et espacées, puis longues et fréquentes. — Mictions fréquentes et douloureuses. — Cystotomie sus-pubienne. — Guérison.
30. **Guyon** (F.). — *Loc. cit.* — Homme 48 ans. — Début 2 ans. — Hématuries puis fréquence des mictions; purulence des urines, mais peu de douleurs. — Cystotomie sus-pubienne. — Épithélioma. — Guérison opératoire, mais mort de récidive 7 mois après.
31. **Guyon** (F.). — *Loc. cit.* — Homme 56 ans. — Début 1 an. — Hématuries abondantes, peu de fréquence des mictions. — Cystotomie sus-pubienne. — Carcinome. — Mort de péritonite produite par une tentative de résection de la vessie de dehors en dedans.
32. **Guyon** (F.). — *Loc. cit.* — Homme 64 ans. — Début 4 ans. — Hématuries à répétition prolongées. Dans les derniers temps seulement mictions fréquentes, douloureuses et difficiles. — Cystotomie sus-pubienne. — Carcinome. — Guérison opératoire mais mort 15 mois après.
33. **Guyon** (F.). — *Loc. cit.* — Homme 55 ans. — Début 5 mois. — Hématuries persistantes mais non intenses. — Cystotomie sus-pubienne. — Épithélioma. — Guérison.
34. **Guyon** (F.). — *Loc. cit.* — Homme 43 ans. — Début 12 ans. — Hématuries, douleurs assez vives pendant la miction et difficultés à uriner. — Cystotomie sus-pubienne. — Épithélioma. — Guérison.
35. **Guyon** (F.). — *Loc. cit.* — Homme 64 ans. — Début 1 an. — Hématuries abondantes et presque continues. — Rétention par caillots. — Cystotomie sus-pubienne. — Carcinome. — Mort d'epuisement dans la nuit.
36. **Guyon** (F.). — *Loc. cit.* — Homme 55 ans. — Début 3 ans. — Hématuries continues depuis 2 ans; plus abondantes depuis 8 mois. — Cystotomie sus-pubienne. — Épithélioma. — Guérison.
37. **Guyon** (F.). — *Loc. cit.* — Homme 64 ans. — Récidive. — Cystotomie sus-pubienne. — Guérison.
38. **Guyon** (F.). — *Loc. cit.* — Homme 58 ans. — Début 12 ans. — Hématuries rares d'abord, puis très abondantes. — Douleurs. — Cystotomie sus-pubienne, — Épithélioma. — Guérison.
39. **Southam.** — *The British med. Journ.*, mars 1886. — Homme 41 ans. — Hématuries abondantes. — Exploration par le périnée d'abord, puis cystotomie sus-pubienne. — Papillome. — Guérison.
40. **Greig Smith** (J.). — *The British med. Journ.*, juin 1886. — Homme malade arrivé au dernier degré d'épuisement; vessie remplie de caillots. — Cystotomie sus-pubienne. — Tumeur maligne. — Mort au bout de 15 jours.
41. **Bennett May.** — *The British med. Journ.*, avril 1887. — Homme 65 ans. — Début 1 an. — Hématuries, douleurs et mictions incessantes. — Cystotomie sus-pubienne. — Squirrhe. — Guérison opératoire, mais le malade succombe au bout de 6 mois à une néphrite suppurée.
42. **Headly Neale**, opérateur **Marriott** (C. H.). — *The British med. Journ.*, mai 1887. — Homme 63 ans. — Début 2 ans. — Sang abondant et douleur à chaque miction qui se répète toutes les dix minutes. — Boutonnière périnéale. — Tumeur intermédiaire entre l'adénome malin et l'encéphaloïde. — Guérison opératoire, mais mort de récidive et d'envahissement des régions voisines.

43. **Walther Pie.** — *The British med. Journ.*, octobre 1886. — Homme 46 ans. — Début 2 ans et demi. — Douleurs au moment des mictions et hématuries par occasion. — Cystotomie sus-pubienne. — Tumeur villeuse. — Guérison.

44. **Pitts** (Bernard). — *The British med. Journ.*, décembre 1886. — Homme 45 ans. — Début 5 ans. — Récidive. — Hématuries ont reparu, mictions fréquentes et douloureuses. — Cystotomie sus-pubienne. — Papillome, forme transitoire de Thompson. — Guérison.

45. **Croft** (John). —*The British med. Journ.*, décembre 1886. — Hématurie, fréquence des mictions. Vie insupportable. — Boutonnière périnéale. — Epithélioma. — Guérison.

46. **Bryant** (Thomas). — *The British med. Journ.*, 1886. — ... Hématuries ayant conduit le malade aux portes de la mort. — Boutonnière périnéale. — Guérison se maintenait 18 mois après.

47. **Bryant** (Thomas). — *Loc. cit.* — ... Boutonnière périnéale. — Tumeur fibrense. — Mort de péritonite le 4e jour.

48. **Thompson** (A.). — *The British med. Journ.*, juin 1887. — Homme 62 ans. — Début 1 an et demi. — Hématurie. — Cystotomie sus-pubienne. — Fibro-papillome. — Guérison rapide.

49. **Thompson** (H.). — *Loc. cit.* — Homme 44 ans. — ... Exploration digitale par le périnée, puis séance tenante cystotomie sus-pubienne. — Guérison se maintenait 9 mois après.

50. **Koch.** — *Brun's Beitrage zur Klin. chir. Bd.* II, Haft 3. — Homme ... — Cystotomie sus-pubienne. — Papillome. — Guérison.

51. **Koch.** — *Loc. cit.* — Homme ... — Cystotomie sus-pubienne. — Papillome. — Guérison.

52. **Gouley** (J. W. S.). — *The med. News*, janvier 1886. — Homme 50 ans. — Début 9 ans. — Hématuries d'abord à des intervalles irréguliers, puis très souvent. — Cystotomie périnéale bilatérale. — Papillome. — Guerison opératoire, mais mort au bout de trois mois par épuisement.

53. **Gouley** (J. W. S.). — *Loc. cit.* — Homme ... — Début 2 ans. — Hématuries. — Cystotomie périnéale bilatérale. — Mort d'urémie 45 heures après l'opération.

54. **Bergmann** (V.). — Cité dans un travail de Max Nitze publié en anglais dans *the Lancet*, avril 1888. — Homme 50 ans. — Difficulté de la miction. — Cystotomie sus-pubienne. — Guérison.

55. **Madelung.** — Dans le même travail. — Homme 55 ans. — Attaques répétées d'hématuries. — Extirpation (?). — Guérison.

56. **Bergmann** (V.). — Dans le même travail. — Homme 60 ans. — Hématuries depuis longtemps et difficultés à vider la vessie. — Cystotomie sus-pubienne. — Guérison opératoire, mais mort quelque temps après de récidive.

57. **Nitze** (Max). — Même travail. — Homme 67 ans. — Hématurie progressive. — Cystotomie sus-pubienne. — Guérison opératoire rapide, mais récidive.

58. **Nitze** (Max). — Même travail. — Homme 53 ans. — Début 3 ans. — Hématuries intermittentes, ont augmenté dans ces derniers temps. — Cystotomie sus-pubienne. — Guérison.

59. **Nitze** (Max). — Même travail. — Homme 44 ans. — Hématurie. — Cystotomie sus-pubienne. — Guérison.

60. **Nitze** (Max). — Même travail. — Homme 57 ans. — Hématuries répétées depuis 1 an. — Cystotomie sus-pubienne. — Guérison.

61. **Heuston.** — *The Dublin Journ. of med. sc.*, 4e série, n° CXCVIII, 1888. — Homme 48 ans. — Début 4 ans. — Hématuries continues depuis 5 mois. — Irritation vésicale. — Cystotomie sus-pubienne. — Mort d'affaiblissement le 6e jour après l'opération.
62. **Barling** (Gilbert). — *The British med. Journ.*, juillet 1888. — Homme 67 ans. — Début 5 ans. — Hématuries fréquentes et très violentes. — Mictions fréquentes et peu douloureuses. — Cystotomie sus-pubienne. — Papillome. — Guérison se maintenait encore 9 mois après.
63. **Barling** (Gilbert). — *Loc. cit.* — Homme 61 ans. — Début 2 ans. — Hématuries intermittentes, puis plus graves. — Cystotomie sus-pubienne. — Carcinome squirrheux. — Mort au 4e jour. — Le malade avait une affection du cœur, qui avait rendu très difficile l'administration du chloroforme.
64. **Jordan Lloyd.** — *The British med. Journ.*, mars 1888.
65. **Barette.** — *Concours médical*, août 1888. — ... Début 1 an. — Hématuries très abondantes; mictions difficiles, cachexie. — Cystotomie sus-pubienne. — Carcinome alvéolaire typique. — Guérison se maintenait un mois après.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES ET RÉSUMÉ

DE 27 OBSERVATIONS D'OPÉRATIONS DE TUMEURS DE LA VESSIE CHEZ LA FEMME

1. **Sir H. Thompson.** — *Semaine médicale*, 25 nov. 1885. — Femme 73 ans. Cystotomie sus-pubienne. — Papillome. — Guérison.
2. **Cabot.** — *Boston medical and surg. Journal*, janvier 1886. — Femme 73 ans, début 10 mois. — Hématuries, douleurs pendant et après les mictions très violentes et fréquentes. — Dilatation de l'urèthre, puis incision vésico-vaginale. — Papillome. — Guérison.
3. **Sydney Jones.** — *The Lancet*, juillet 1887. — Femme 58 ans, début 6 mois. — Hématuries d'abord espacées puis très fréquentes, douleurs continuelles à la miction. — Dilatation de l'urèthre. — Papillome. — Guérison.
4. **Grünfeld** (de Vienne). — Commun. au Congrès des naturalistes et médecins allemands, septembre 1886. — Femme. — Extirpation d'un polype à l'aide du tube endoscopique muni d'un réflecteur.
5. **Grünfeld.** — *Loc. cit.* — Femme. — Ablation d'un carcinome villeux (découvert par l'endoscope) en plusieurs séances à l'aide d'un simple serre-nœuds.
6. **Gibbons et Parker.** — Commun. à la Soc. clin. de Londres, 25 nov. 1887. *In the Lancet*, nov. 1887. — Femme 18 ans, début dans l'enfance. — Incontinence et dysurie. — Dilatation de l'urèthre et cystotomie sus-pubienne. — Myome. — Guérison.
7. **Braxton Hicks.** — *Loc. cit.* — Femme. — Dilatation de l'urèthre. — Tumeur maligne. — Guérison a persisté plusieurs années.
8. **Braxton Hicks.** — *Loc. cit.* — Femme. — Dilatation de l'urèthre. — Tumeur maligne. — Guérison a persisté plusieurs années.
9. **H. Kummel Deutch.** — *Med. Woch*, n° 7, 1887. — Femme 42 ans. — Colpocystotomie, excision de la tumeur. — Suture de la muqueuse. — Papillome. — Guérison.

10. **Trzebicky.** — *Wien. med. Prusse*, n° 44, 1885. — Femme. — Dilatation de l'urèthre. — Carcinome. — Guérison opératoire mais récidive de la tumeur au bout de 3 mois.

11. **P. Bazy.** — *Soc. anat.*, avril 1886. — Femme 30 ans, début 4 ans. — Rétention, cystite du col. — Cystotomie sus-pubienne après échec de tentatives par l'urèthre. — Fibrome presque pur avec quelques éléments embryonnaires. — Guérison, mort 8 mois après de congestion pulmonaire.

12. **Schlegtendal.** — *Centralbl. f. Gynecol.*, 1885. — Femme 42 ans. — Troubles à la miction, urines ammoniacales, incontinence complète. — Incision de la cloison vésico-vaginale. — Sarcome fuso-cellulaire type. — Guérison.

13. **F. Guyon.** — *Leçons clin. sur les affec. chir. de la vessie et de la prostate.* — Femme 60 ans, début 6 mois. — Hématuries d'abord espacées et peu abondantes, puis rapprochées et très copieuses, mictions douloureuses fréquentes, incontinence. — Dilatation forcée de l'urèthre, grattage et curetage du néoplasme. — Guérison opératoire, mais mort de récidive 4 mois après.

14. **F. Guyon.** — *Loc. cit.* — Femme 50 ans, début 3 mois. — Cystite, puis gêne de la miction, douleurs et sang. — Dilatation de l'urèthre et raclage. — Guérison opératoire; mais, les tubes retirés, les douleurs reparaissent.

15. **F. Guyon.** — *Loc. cit.* — Femme 45 ans, début 4 ans. — Hématuries abondantes et longues au début : moins abondantes mais plus fréquentes; mictions fréquentes et douloureuses. — Dilatation de l'urèthre et extirpation d'un grand nombre de végétations molles. — Myxome. — Guérison.

16 et 17. **H.-R. Ker.** — *The british med. Journ.*, juin 1886. — Femme 42 ans, début 6 mois. — Hématuries. — Dilatation de l'urèthre et ablation avec l'écraseur. 2e opération 3 ans après par la même voie. — Guérison pendant 3 ans après la première opération. La deuxième opération est suivie d'une guérison qui dure depuis un an.

18. **J. Greig Smith.** — *The british med. Journ.*, 1886. — Femme. Dilatation de l'urèthre. — Papillome. — Guérison.

19. **J. Greig Smith.** — *Loc. cit.* — Femme. Hémorrhagie ayant rendu la malade mourante. — Incision du méat et extirpation. — Épithélioma. — Guérison opératoire, mais mort 9 mois après.

20. **J. Greig Smith.** — *Loc. cit.* — Femme. Incision du méat et dilatation combinées. Grattage. — Papillome. — Guérison.

21. **Wallace** (de Liverpool). — *The british med. Journ.*, juillet 1885. — Femme. Incision abdominale et résection de la vessie. — Cancer du bas-fond. — Guérison.

22. **John Croft.** — *The british med. Journ.*, décembre 1886. — Femme, début 2 ans. — Hématuries, mictions incessantes, anémie. — Dilatation de l'urèthre et raclage. — Guérison.

23. **Thomas Bryant.** — *The british med. Journ.*, décembre 1886. — Femme. Hématurie et ténesme vésical intense. — Dilatation de l'urèthre et ablation. — Guérison se maintenait 18 mois après.

24. **T. de Paoli.** — *Turin medical Journal*, 1887. — Femme. Cystotomie sus-pubienne après avoir assuré le diagnostic par la dilatation de l'urèthre. — Tumeur villeuse. — Guérison.

25. **Koch Bruns.** — *Beitrage clin. chir.*, Bd. II, Heft 3. — Femme. Dilatation de l'urèthre. — Papillome. — Guérison, mais récidive au bout de 2 ans.

26 et 27. **Carr.** — *Medical Record*, 2 août 1885. — Femme. — Hématurie. — Dilatation de l'urèthre, ablation avec l'écraseur et par le grattage. La même opération est répétée trois années après. — Sarcome alvéolaire. — Guérison. Entre les deux opérations la malade donne naissance à un enfant.

Du traitement de l'orchi-épididymite blennorrhagique par le suspensoir ouaté et imperméable,

par M. le docteur Langlebert.

Nous allons, si vous le voulez bien, retourner à 15 ans en arrière, à l'année 1874, époque où un heureux hasard mit le docteur Ed. Langlebert sur la voie de son traitement de l'orchi-épididymite blennorrhagique. Depuis, ce mode de pansement a fait fortune : peu à peu il s'est étendu, généralisé, et l'on peut dire actuellement, sans exagération, que toutes les orchites de France, de Navarre et d'ailleurs en sont tributaires.

Voici quelle fut, en 1874, la circonstance révélatrice du pansement ouato-caoutchouté. Une demi-mondaine très lancée était venue consulter le docteur Ed. Langlebert pour une névralgie intercostale, dont les élancements s'irradiaient dans le sein gauche. Que faire ! fallait-il proposer de maculer cette poitrine, objet d'un culte universel, d'emplâtres répugnants, de vésicatoires fétides pouvant laisser une marque ineffaçable ? Fallait-il la labourer de pointes ou de raies de feu ? Vous n'y auriez même pas songé. Le docteur Langlebert se contenta donc de prescrire l'application permanente sur la région mammaire d'une couche épaisse d'ouate recouverte elle-même d'un large morceau de taffetas gommé imperméable. Il comptait, pour calmer, pour faire disparaître les douleurs, sur la chaleur permanente et, particulièrement, sur la sudation profuse que provoquerait cet appareil.

Trois semaines ne s'étaient pas écoulées, que cette femme, rouge de colère, venait montrer son sein au docteur. Elle n'en souffrait plus, mais cette glande, si ferme, si remplie à la première visite, avait diminué de plus de moitié; d'hémisphérique elle était devenue vide, flasque, pendante, elle n'était plus, en quelque sorte, que le résidu d'elle-même.

D'abord surpris de ce désagréable résultat, le docteur Ed. Langlebert comprit vite cependant le parti thérapeutique qu'il pouvait tirer d'un pareil fait. C'est alors qu'il songea à appliquer ce mode de pansement aux productions inflammatoires et, en particulier, à l'orchite, dont il avait toujours un certain nombre de cas en traitement. Telle fut l'origine du suspensoir ouaté à couverture imperméable.

Cet appareil se compose, de dedans en dehors, d'une couche épaisse d'ouate et d'une enveloppe imperméable de taffetas gommé ou caoutchouté, le tout contenu et fixé dans le filet d'un large suspensoir ordinaire. Le taffetas gommé, en s'opposant à l'évaporation de la sueur, toujours abondante dans ces régions, maintient le testicule dans un état de moiteur continuel, très favorable, on le sait, à la résorption rapide des produits inflammatoires.

Le port de ce suspensoir calme très rapidement les violentes douleurs de l'orchi-épididymite, au point que la plupart des malades ainsi traités peuvent, presque immédiatement, reprendre leurs occupations ou ne pas les interrompre, si le pansement ouato-caoutchouté a été appliqué dès le début de la maladie.

Pour placer ce pansement, qu'on appelle maintenant par abréviation *un Langlebert*, et en retirer le maximum d'effet, il est bon de choisir un suspensoir ouaté d'assez grand modèle et d'ajouter encore une feuille d'ouate mobile dans son intérieur. Celle-ci a non seulement pour avantage de pouvoir être renouvelée à volonté et de garantir ainsi la propreté de l'appareil, mais surtout de se

mouler, pour ainsi dire, sur l'organe et de lui assurer une immobilité complète.

D'autres appareils, basés sur le même principe, ont été construits depuis l'invention du suspensoir ouaté. Parmi eux, le plus célèbre est celui du docteur Horand, chirurgien à l'Antiquaille de Lyon. Il se compose : 1° d'une couche épaisse de coton cardé ; 2° d'un morceau de toile caoutchoutée de 20 centimètres de largeur, sur 30 de longueur, percée, près de son bord supérieur, d'un trou pour le passage de la verge ; 3° d'un suspensoir de toile de grande dimension, avec lacets à ses angles. Ce suspensoir porte en outre, sur chaque côté, une échancrure qui permet de le resserrer au moyen des petites brides qui y sont cousues.

Tout dernièrement encore, le 18 décembre 1888, le docteur L. Jullien proposait de modifier l'appareil d'Horand, ou plutôt de le simplifier, en ne se servant pour contenir l'ouate que d'un vaste sac en toile caoutchoutée, dite drap d'hôpital.

On voit que les inventeurs de ces différents appareils ont eu surtout pour but de maintenir une chaleur constante autour du testicule, d'y entretenir une sudation profuse, de l'immobiliser, de le comprimer plus ou moins suivant les cas. Je ne signalerai donc que très rapidement l'appareil du docteur Boulle, d'Orléans, et celui, si compliqué, que décrivait dernièrement le docteur Desnos à la Société de médecine pratique ; car ces médecins considèrent comme accessoires l'enveloppe imperméable et la sudation qu'elle entraîne, mettant tout le bien du traitement sur la seule compression.

Nous croyons, bien au contraire, que c'est la température élevée et constante, ainsi que la sudation extrême qui jouent ici le rôle principal. Les appareils volumineux et gênants, destinés à maintenir une forte compression, nous paraissent, en conséquence, inutiles.

Et, en effet, si la compression était l'unique ou le principal facteur de la 'guérison, ne pourrait-on pas obtenir les

mêmes avantages par tout autre compresseur que le coton cardé? On sait cependant que les tentatives faites dans ce but, avec des bandelettes de Vigo ou de diachylon, avec du collodion, des compresses de toile silicatées, etc., etc., n'ont le plus souvent donné que des résultats incertains, parfois même si déplorables qu'on était forcé d'enlever l'appareil à peine mis en place.

Le suspensoir ouaté à couverture imperméable nous paraît donc devoir être conservé tel que l'a fait construire le docteur Langlebert. Nous proposons seulement d'ajouter une feuille d'ouate mobile dans son intérieur pour les avantages sus-indiqués: propreté et immobilisation plus parfaite. Une expérience continue de près de quinze années a d'ailleurs montré son efficacité rapide, complète, absolue dans tous les cas d'orchi-épididymite blennorrhagique, à quelque période de la maladie qu'il ait été appliqué.

Cet appareil, est en effet, le plus simple et le moins volumineux, ce qui a bien son prix; le malade peut le mettre et le défaire très facilement lui-même; enfin il remplit toutes les indications exigées, savoir :

1° Chaleur constante et moiteur autour de l'organe, ce qui est pour nous la condition la plus importante;

2° Immobilisation assurée par la couche d'ouate qui enveloppe l'organe et se moule sur lui;

3° Soutien de la partie malade; ce qui, en empêchant les tiraillements sur le cordon, supprime la cause la plus importante des douleurs provoquées par l'épididymite;

4° Compression modérée.

Il serait superflu de rappeler aujourd'hui l'action calmante presque instantanée du suspensoir Langlebert contre les douleurs de l'orchi-épididymite; tous les médecins la connaissent, non sans en avoir été surpris eux-mêmes la première fois qu'ils en furent témoins. Au bout d'une dizaine de jours, les symptômes inflammatoires ayant complètement disparu, l'appareil peut être enlevé. Mais, dans le cas où persisterait un noyau d'induration à la

queue de l'épididyme, l'appareil devrait être conservé plus longtemps, en moyenne pendant trois à quatre semaines, pour amener la résorption de cet exsudat.

L'application du suspensoir ouaté a été étendue par son inventeur, et avec succès, à d'autres affections du testicule et de ses enveloppes que l'épididymite et la vaginalite blennorrhagiques. Parmi elles, je citerai l'orchite chronique, l'orchite tuberculeuse, le sarcocèle syphilitique et l'hydrocèle quand elle est légère et causée par une inflammation chronique de la tunique vaginale. Dans le traitement chirurgical de cette dernière affection, on retire de bons effets du pansement ouaté imperméable placé consécutivement à la ponction simple, ou mieux encore à la ponction suivie de l'injection iodée.

Et maintenant, par contraste avec cette action sédative si rapide du suspensoir ouato-caoutchouté, nous devrions résumer brièvement les anciennes méthodes de traitement, cataplasmes, sangsues, onguent napolitain belladoné, glace, collodion, etc., dirigées contre l'orchite. Mais nous ne nous attarderons pas à cette comparaison trop facile. car la supériorité, à tous égards, du pansement ouaté imperméable sur le vieil et encombrant arsenal thérapeutique, dans le traitement de l'épididymite blennorrhagique, s'impose assez d'elle-même, saute suffisamment aux yeux, pour qu'il soit inutile d'y insister davantage.

LANGLEBERT fils.

REVUE DES JOURNAUX

PRESSE ALLEMANDE

URETHRITIS MEMBRANACEA DESQUAMATIVA, par ALEXANDER PAJOR (Budapesth) (*Archiv. für Dermatologie und Syphilis*, XXI Jahrg. 1889. I heft). — A. Pajor donne un nom spécial à une affection

assez rare qui n'est en somme qu'une des formes de la blennorrhée. Cette affection est caractérisée essentiellement par la formation, à la surface de la muqueuse uréthrale, d'un exsudat membraneux (*croupal*), dû à une prolifération excessive de la muqueuse.

Après un résumé des cas observés avant lui par Zeissl, Hancock, Pitha, Grünfeld, Róna, Oberlander, l'auteur cite deux observations qui lui sont propres.

Cette affection survient chez des blennorrhéens dont l'uréthrite aiguë remonte à plusieurs années. La blennorrhagie semble rester latente pendant six ou huit ans; puis, peu à peu, apparaissent des phénomènes douloureux, de la strangurie. Il existe alors, dans le canal de l'urèthre, collecté en un endroit variable, un exsudat membraneux, tapissant la muqueuse à laquelle il adhère quelque peu, et pouvant s'enlever par le passage de la sonde ou de l'endoscope.

L'auteur, dans une planche, figure cette membrane tubulée, empalée pour ainsi dire sur la sonde qui l'a détachée. Il donne en outre sa constitution histologique. Elle est formée par des éléments de l'épithélium uréthral et par des cellules migratrices.

Dr LEGRAIN.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

I° Académie de médecine.

1° NÉPHRORRAPHIE POUR REIN FLOTTANT HYPERTROPHIÉ ET TRÈS DOULOUREUX, par M. TERRILLON (*Séance du* 5 *février*). — Il s'agit d'une femme de 42 ans, qui, à la suite de plusieurs grossesses, avait depuis cinq ans des douleurs vives dans le côté gauche de l'abdomen. Bientôt apparut dans cette région une tumeur mobile, se déplaçant jusqu'au delà de l'ombilic : c'était le rein, très augmenté de volume et très douloureux. La malade, au moment de l'opération, ne pouvait quitter son lit depuis six mois.

La néphrorraphie dans la région lombaire fut pratiquée le 29 décembre 1888 : les suites furent parfaites, sans élévation de température et, depuis cette époque (trente-huit jours), la malade ne souffre plus et le rein semble diminuer de volume progressivement.

L'indication de la néphrorraphie a paru formelle ici à M. Terrillon, à cause de la mobilité considérable du rein et des douleurs excessives qu'elle provoquait, bien que l'organe fût très volumineux. Cependant, on avait lieu de se demander : 1° si, malgré sa mobilité, ce rein congestionné pourrait facilement être attiré au niveau de la plaie lombaire et y être fixé dans de bonnes conditions; 2° si la congestion ou augmentation de volume céderait à l'immobilisation de l'organe. Ce résultat était probable, la mobilité étant certainement la cause de la congestion, quoique M. Terrillon n'ait trouvé ce point intéressant suffisamment indiqué et discuté dans aucune des observations publiées jusqu'à présent.

En ce qui concerne le manuel opératoire, M. Terrillon a employé le procédé mixte de fixation indiqué par M. Duret (voy. le n° de juillet 1888 des *Annales*, p. 493) et qui consiste à comprendre dans les sutures, non seulement la capsule adipeuse du rein, mais encore la capsule propre et même une portion superficielle du parenchyme lui-même.

Ce plan de sutures (au nombre de six) donne une solidité plus grande et une épaisseur plus considérable aux adhérences, ce qui doit mieux fixer le rein aux plans profonds de la paroi abdominale postérieure. Les expériences sur les animaux donnent les résultats les plus concluants à cet égard.

2° Traitement des rétrécissements de l'urèthre par l'électrolyse linéaire, par le Dr Lavaux (*Même séance*). — Tous les faits recueillis par M. Lavaux sur les résultats éloignés de l'électrolyse linéaire prouvent de la façon la plus évidente que ce procédé n'a pas donné, dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre, les résultats durables qu'il avait d'abord fait espérer. L'électrolyse linéaire ne guérit pas les strictures uréthrales d'une façon plus définitive que l'uréthrotomie interne ou la divulsion.

M. Lavaux a pu retrouver un certain nombre de malades

opérés par ce procédé il y a sept ou huit ans par Mallez et Jardin, les premiers promoteurs de cette méthode; chez tous, le rétrécissement avait récidivé. On comprend donc que l'électrolyse linéaire ait été abandonnée même par ceux qui l'avaient imaginée, étant donné le peu de durée de ses résultats.

Comme conclusion, M. Lavaux dit qu'il n'existe pas encore de traitement définitivement curatif des rétrécissements de l'urèthre, et que la méthode de choix est la dilatation rapide, en ayant soin de faire une asepsie complète de la vessie et du canal d'après les moyens qu'il a indiqués.

3° Deux cas de néphrorraphie, par le professeur F. Guyon (*Séance du* 19 *février*). — M. Guyon croit que l'intervention opératoire, pour remédier aux troubles occasionnés par les déplacements rénaux, est rarement nécessaire : cependant, elle est indiquée dans certains cas, et il a eu l'occasion d'en observer deux. Chez ces deux malades, les douleurs étaient intolérables et empoisonnaient l'existence; l'opération donna des résultats excellents, autant du moins qu'on peut l'affirmer après plusieurs mois écoulés, car, en pareil cas, ce n'est pas au bout de quelques semaines qu'il est possible de dire si le rein restera fixé dans sa nouvelle position.

Chez les deux opérées de M. Guyon, la fixation paraît définitive : les douleurs ont disparu et il semble que les indications thérapeutiques ont été complètement remplies.

Ici, le choix de la néphrorraphie était indiqué, en s'appuyant non seulement sur l'utilité de la conservation d'un organe sain, mais encore sur la bénignité relative des néphrectomies secondaires, que démontrent des observations récentes et les statistiques. On ne saurait donc s'autoriser d'un échec opératoire pour préférer la néphrectomie à la néphrorraphie. L'ablation du rein ne doit être qu'une opération de nécessité, sa fixation est l'opération de choix; c'est à elle qu'il faut s'adresser quand la mobilité de l'organe détermine des accidents qui ne sont justiciables ni du traitement médical, ni de l'emploi des appareils.

Les succès durables appartiennent tous aux opérations dans lesquelles on a fixé le rein en passant les sutures à travers le parenchyme lui-même. M. Guyon a toujours agi par ce procédé et jamais il n'a observé que la composition des urines ait été

modifiée. Une autre condition de succès, suivant M. Guyon, est de suspendre le rein par les sutures à la dernière côte, ainsi qu'il le fait toujours, et d'employer des fils résorbables, pour empêcher la section du tissu rénal par les points de suture.

Quant à l'avivement du rein pour assurer sa fixation, il n'est pas nécessaire : il suffit de mettre bien à nu la surface à fixer, la fixation thérapeutique du rein pouvant être obtenue sans avoir recours à la décortication de l'organe.

II° Société de biologie.

De l'emploi du naphtol dans l'uréthrite blennorrhagique, par M. Critzman, interne des hôpitaux (*Séance du* 8 *décembre* 1888). — En étudiant dans l'urèthre lui-même l'influence du naphtol sur le microbe de la blennorrhagie, M. Critzman a constaté que le gonocoque n'était pas tué, mais seulement diminué de volume par le naphtol α, plus actif sous ce rapport que le naphtol β. Par contre, dans la balanite et la balanoposthite, l'action du naphtol est très salutaire ; mais il ne s'agit ici que d'une influence sur la suppuration, rien ne démontrant dans ces cas la présence du microbe spécifique.

III° Société de thérapeutique.

1° Traitement thermal de la gravelle urique, par le Dr Max Durand-Fardel (*Séance du* 23 *janvier*). — Deux catégories d'eaux minérales favorisent l'issue des concrétions déjà formées et préviennent la formation de concrétions nouvelles : 1° les bicarbonatées sodiques, telles que Vichy et Vals, dont on peut rapprocher Pougues ; 2° les sulfatées calciques bicarbonatées, telles que le groupe des Vosges (Contrexéville, Vittel, Martigny), dont se rapprochent également Capvern et la Preste. Enfin, on peut utiliser Evian, qui est une eau indéterminée.

Les eaux des Vosges, froides et peu minéralisées, agissent surtout par lavage : on les prend à la dose de huit, dix ou douze verres par jour. Elles servent principalement à modifier les surfaces qu'elles lavent et sont indiquées lorsqu'il y a une souffrance rénale habituelle ou continue et que l'on suppose un

embarras rénal par infarctus urique : l'état d'irritabilité des voies urinaires les contre-indique.

Les eaux de Vichy, à température et minéralisation élevées, se donnent à moindre dose et agissent sur la diathèse elle-même, c'est-à-dire la goutte, le diabète, l'obésité, la diathèse urique. Elles sont d'autant meilleures dans la goutte, que celle-ci est plus régulière ; dans le diabète, qu'il n'y a pas de cachexie ; dans l'obésité, qu'elle n'est pas périviscérale. La colique néphrétique n'est pas une contre-indication, s'il n'y a pas de signes d'accumulation de graviers dans les bassinets ou de pyélite : ces complications ou l'irritabilité rénale sont au contraire des contre-indications formelles. La source des Célestins à Vichy, plus spécialisée pour les voies urinaires, est précisément plus dangereuse dans le cas où il existe une véritable lésion du rein. Enfin, on voit souvent à Vichy de gros calculs s'éliminer sans crise néphrétique. Ce sont les surfaces muqueuses, et non les calculs, qui ont été modifiées ; une formation nouvelle de ces derniers est par suite entravée.

Les eaux de Pougues sont intermédiaires, comme degré d'action, à Vichy et à Contrexéville ; elles sont bien tolérées par les voies digestives. La Preste à une action résolutive, analogue à celle de Contrexéville ou de Pougues, joint une action sédative manifeste. Evian peut agir par lavage, mais surtout peut-être par l'hydrothérapie et les excellentes conditions climatériques.

En résumé, Vichy est indiqué comme traitement de la gravelle urique diathésique ; s'il y a une irritabilité rénale qui contre-indique Vichy, on choisira Pougues, ou les eaux des Vosges, ou Capvern pour obtenir une action résolutive des catarrhes. Evian devra être préféré lorsqu'on désirera utiliser le minimum d'action médicamenteuse.

M. Constantin Paul mentionne les bons effets des Eaux-Chaudes, désulfurées à l'air libre, dans les cas de gravelle urique. Il fait remarquer aussi que les eaux de Vittel, d'Evian, de Contrexéville, étant à une température de 11 ou 12 degrés, sont plus agréables en été pour les malades.

M. C. Paul considère qu'il faut distinguer deux sortes de gravelle : 1° la petite gravelle dont on doit chercher la dissolution par l'action générale de l'eau bicarbonatée (Vichy) ; 2° la grosse gravelle, dans laquelle on n'obtient que la désagrégation

de la gangue muqueuse, adhésive et gluante, qui englobe les grosses concrétions (Contrexéville). C'est ainsi qu'en pareil cas, la pierre dans la vessie devient plus irritante pour la muqueuse vésicale, débarrassée elle-même du mucus qui la tapisse : ce fait est très connu à Contrexéville.

Deux médications ont souvent réussi à M. C. Paul, dans le traitement de la gravelle urique : 1° le sulfate de potasse et le sulfate de soude en pilules (25 centigrammes de chaque), qui font éliminer parfois rapidement d'assez volumineux graviers et qui trouvent précisément leur indication quand il existe des phénomènes inflammatoires et douloureux du côté du rein; 2° l'eau oxyazotique, qui est un bon dissolvant de l'acide urique, et qu'on donne en boisson le matin à la dose de 500 grammes; on trouve actuellement cette eau dans le commerce, contenue dans des siphons.

Enfin, M. C. Paul rapporte l'observation d'une malade diabétique, chez laquelle une gravelle urique considérable est apparue après une poussée congestive très intense du côté du foie : l'eau oxyazotique l'a promptement débarrassée de ses calculs.

M. Dujardin-Beaumetz demande à M. Durand-Fardel ce qu'il pense en pareil cas des eaux azotées et des eaux silicatées, et quelle comparaison il établit entre l'action du traitement purement médicamenteux par les balsamiques, la lithine, etc., et celle du traitement thermal par les eaux minérales?

M. Durand-Fardel sait que les Eaux-Chaudes et les sources douces de Luchon sont bien tolérées par les sujets ayant de l'irritabilité vésicale, mais il ignore leur action directe sur la gravelle urique. Il ne saurait d'ailleurs admettre la dissolution des concrétions sous l'action d'une eau minérale quelconque : il y a seulement arrêt de production. Il n'a aucune donnée précise sur l'efficacité contre la gravelle des eaux azotées si vantées en Espagne. Enfin, par le traitement médicamenteux ordinaire, on fait une médication symptomatique qui peut suffire quelquefois chez un graveleux accidentel, tandis que par le traitement thermal on agit contre la diathèse, qui est l'origine première des concrétions.

M. Huchard cite un cas dans lequel les eaux de Vichy ont amené l'expulsion facile d'un gros calcul chez une femme arthritique qui présentait des hématuries rebelles; mais la diathèse

elle-même ne fut pas modifiée et continua à se révéler par des manifestations multiples. — D'autre part, bien que l'antipyrine « ferme le rein », comme on l'a dit, et que l'on recherche au contraire les diurétiques pour les graveleux, il a vu l'antipyrine non seulement calmer les coliques néphrétiques, mais amener au bout de quelque temps la diminution, puis la disparition de la gravelle. Il se contente de signaler ce fait en apparence paradoxal.

M. Durand-Fardel fait observer que l'on ne doit pas s'attendre à ce que Vichy guérisse complètement et toujours la diathèse urique : mais celle-ci est souvent avantageusement modifiée, et l'on observe parfois, comme chez la malade de M. Huchard, l'expulsion indolore de gros calculs.

2° Cystoclyste pour laver la vessie sans sonde, par le Dr Durand (d'Amboise) (*Séance du* 13 *février* 1889). — Cêt appareil, d'après son inventeur, permet d'éviter, pour les lavages de vessie et les injections médicamenteuses, l'introduction de la sonde. Après avoir reconnu personnellement les difficultés et les dangers du cathétérisme répété, il a imaginé cette sorte d'irrigateur perfectionné qui utilise pour la pénétration et la sortie du liquide le canal naturel de l'urèthre sans recourir au canal artificiel de la sonde. Le jet, continu et filiforme, peut être rendu intermittent à volonté. Un tuyau terminé par une canule uréthrale conique de 5 centimètres sert à diriger le liquide.

M. Constantin Paul dit que la question du lavage de la vessie sans sonde, qu'on a agitée à différentes reprises depuis plus de vingt ans, est encore loin d'être élucidée. On a expérimenté bien des instruments analogues : en quoi celui-ci est-il supérieur à l'irrigateur ordinaire que l'on trouve partout?

M. Durand (d'Amboise) répond qu'avec l'irrigateur ordinaire dont il s'est servi lui-même au début et auquel il a dû renoncer, la force motrice n'est pas gouvernable; lorsque le piston arrive à la fin de sa course, il communique à la vessie une sorte de trépidation souvent fort douloureuse. Le nettoyage de l'irrigateur ordinaire est très difficile, ce qui est à redouter; car, malgré les précautions antiseptiques qu'il est bon de prendre, on constate des oxydations qui ne sont probablement pas inoffensives.

Avec le cystoclyste, rien de pareil n'est à craindre : comme

il se démonte par les deux bouts, on peut toujours le maintenir dans un état de propreté irréprochable. En outre, le filtre supérieur empêche le passage de tout corps étranger. Enfin, la pression, qui a été réduite à son minimum dans cet appareil, peut être graduée à volonté par le malade lui-même d'après les sensations qu'il éprouve, aussi bien que s'il se servait d'une seringue ordinaire. Le malade est en effet le meilleur juge de la résistance de ses parois vésicales, qui est extrêmement variable, comme on sait.

M. Dujardin-Beaumetz dit que de nombreux essais pour pratiquer l'injection de la vessie sans sonde ont déjà été faits : il cite en particulier la thèse de Vandenabeele (1882). Ces tentatives sont loin d'avoir trouvé jusqu'à présent un accueil empressé auprès des hommes les plus compétents, notamment auprès du professeur Guyon, qui rejette ce procédé comme ne donnant pas de bons résultats. Aussi M. Dujardin-Beaumetz croit-il qu'on doit se montrer très réservé à l'égard de cette innovation.

IV° Société de médecine pratique.

1° Du danger du traitement des cystites douloureuses par les piqures de morphine, par le Dr Lavaux, ancien interne des hôpitaux (*Séance du 17 janvier* 1889). — M. Lavaux rappelle que, dans une précédente communication, il a cité le cas d'une malade, atteinte d'une cystite extrêmement douloureuse et de néphrite, chez laquelle des piqûres de morphine avaient déterminé une diminution considérable de la sécrétion urinaire avec menaces d'éclampsie. Il rappelle également que, dans un travail publié en 1887, il a cité un cas de morphinomanie survenu à la suite de piqûres de morphine pratiquées chez un malade atteint de cystite douloureuse. M. Lavaux rapporte une nouvelle observation de morphinonamie développée dans les mêmes circonstances : il a pu faire pénétrer du liquide dans la vessie de ce malade sans l'emploi de la sonde, alors que les lavages avec la seringue et la sonde n'avaient pu être effectués. Du reste, ce malade a subi la taille hypogastrique dans le service de M. le professeur Guyon. Comme conséquence de ces faits, M. Lavaux préfère l'emploi de la cocaïne à celui de la morphine.

2° MÉTHODES ANCIENNES ET MÉTHODES MICROBICIDES DANS LE TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE AIGUË, par le Dr André MARTIN, médecin-major (*Séance du 24 janvier* 1887). — S'appuyant sur sa pratique personnelle dans les régiments et dans les hôpitaux militaires où il a eu à soigner des uréthrites blennorrhagiques aiguës, et prenant pour base de ses statistiques le nombre de journées passées par ses malades à l'infirmerie ou à l'hôpital avant d'être renvoyés sûrement guéris, le docteur André Martin arrive à admettre l'incontestable supériorité des injections antiseptiques sur les méthodes classiques de traitement de la chaude-pisse (médication antiphlogistique au début, balsamiques, injections astringentes, etc.). Au double point de vue de la rapidité et de l'innocuité des effets, il accorde la préférence au bichlorure et au bi-iodure de mercure (solution au 20 000e employée chaude); les solutions de permanganate de potasse et de sulfate de quinine lui ont semblé inférieures comme résultats.

Suivant l'auteur de ce travail, ces injections microbicides ne trouveraient de contre-indication momentanée que dans l'apparition de complications locales.

V° Société anatomique.

1° ABCÈS SOUS-CAPSULAIRES DU REIN ; URETÉRO-PYÉLONÉPHRITE SUPPURÉE DANS UN CAS DE CALCUL VÉSICAL, par M. AUDAIN, interne des hôpitaux (*Séance du 11 janvier* 1889). — Chez un homme de 39 ans, on soupçonna, à son entrée à l'hôpital, la présence d'un rétrécissement, qui, en somme, n'existait pas, un spasme de la région membraneuse en ayant imposé à cet égard. Par contre, à l'autopsie, on trouva un volumineux calcul de la vessie (4 centimètres sur 7) qui n'avait pas été recherché, ni par conséquent découvert, pendant la vie, l'absence complète d'hématurie n'ayant pas attiré l'attention de ce côté. Les deux uretères présentant plusieurs rétrécissements valvulaires alternant avec des dilatations de ces conduits, dilatation des embouchures uretérales dans la vessie, dilatation des bassinets. Les deux reins sont atteints de néphrite suppurée. Entre la capsule et la surface externe du rein gauche se trouvait un énorme abcès sous capsulaire.

2° Épithélioma primitif du rein, par M. Dumoret, interne des hôpitaux (18 *janvier* 1889). — La malade, âgée de 42 ans, a été opérée par M. Quénu ; le diagnostic porté avait été : tumeur développée aux dépens des annexes de l'utérus. En effet, il n'y avait jamais eu de symptômes rénaux : ni hématurie, ni gravelle, ni colique néphrétique. La tumeur volumineuse et en partie fluctuante proéminait surtout vers la fosse iliaque gauche. Par la laparotomie, l'extirpation est des plus laborieuses et le diagnostic topographique reste incertain jusqu'à la fin de l'opération. Enfin, après des manœuvres opératoires très pénibles, on arrive à pédiculiser la tumeur, à l'extraire et à reconnaître qu'il s'agit du rein gauche dégénéré. La dégénérescence a atteint une masse ganglionnaire considérable située sur les côtés du rachis, mais on n'en pratique pas l'ablation à cause de ses connexions avec les vaisseaux de la région. Guérison rapide de l'acte opératoire ; au bout de trois semaines, la malade se lève et va très bien.

L'examen de la tumeur, pratiqué par M. Poupinel, a montré que la dégénérescence s'était effectuée aux dépens d'une moitié du rein : le microscope révèle un épithélioma tubulé à volumineuses cellules cylindroïdes.

Il est à remarquer que, malgré la malignité de la tumeur, les premiers phénomènes (qui n'ont jamais été rénaux) remontaient à dix ans.

3° Cystocèle inguinale : cure radicale, par M. Delagénière, interne des hôpitaux (25 *janvier*). — En présentant une pièce provenant d'une opération de M. Ch. Monod, M. Delagénière rapporte deux observations analogues qu'il a recueillies dans le service de M. Lucas-Championnière. La statistique de ce dernier chirurgien prouve déjà que la cystocèle est rare, car ces deux faits sont les seuls qu'il ait constatés, au cours de ses 120 opérations de cure radicale. Dans ces trois cas, il s'agit d'une cystocèle extrapéritonéale, la masse herniée entourée de beaucoup de graisse étant située tout entière hors du sac. Chez les trois malades, le diagnostic était tout à fait obscur, une injection vésicale n'arrivant pas à distendre la tumeur inguinale, toujours mollasse et à peu près analogue à une épiplocèle : un seul avait des phénomènes de cystite.

4° NÉPHRORRAPHIE EXPÉRIMENTALE, par le Dr TUFFIER, chirurgien des hôpitaux (1er *février*). — M. Tuffier donne la description de deux procédés dont il a déjà entretenu la Société en décembre 1888. Le premier consiste à placer le rein derrière l'aponévrose du transverse que l'on réunit au-devant de lui. Le résultat est parfait au point de vue du fonctionnement et de la solidité du rein. En enlevant ensuite le rein du côté opposé, les animaux survivent, ce qui prouve que le rein fixé dans sa nouvelle loge fonctionne normalement. — Le second procédé est basé sur ce fait que la capsule du rein a peu de tendance à adhérer à une surface cruentée ; la couche corticale de l'organe au contraire adhère très facilement. Aussi n'obtient-on des adhérences intimes que si l'on suture la surface rénale préalablement dépouillée de sa capsule : ce sont les seuls points décortiqués qui adhèrent.

5° ECTOPIE CONGÉNITALE DES DEUX REINS, par le Dr POTHERAT, prosecteur de la Faculté, et M. MORDRET, interne des hôpitaux (15 *février*). — Les deux reins reposaient sur la partie inférieure de la fosse iliaque, débordant le détroit supérieur du bassin. Le rein droit était en grande partie détruit par une dégénérescence kystique, sans altération macroscopique de l'uretère : le gauche était augmenté de volume par hypertrophie compensatrice et son uretère était sain. La position des capsules surrénales et l'alimentation artérielle de ces deux reins prouvaient que l'ectopie était congénitale. Le duodénum était aussi dans une situation anormale. D'après les nombreuses observations du professeur Kundrat (de Vienne), l'ectopie congénitale des deux reins est tout à fait exceptionnelle.

Dr R. JAMIN.

REVUE D'UROLOGIE

I. LA SAFRANINE, NOUVEAU RÉACTIF DE LA GLYCOSE, par M. CRISMER.— Pour l'analyse des urines, l'auteur conseille de chauffer,

jusqu'à ébullition, 1 cc. d'urine avec 5 cc. d'une solution de safranine au millième et 2 cc. d'une solution de potasse caustique. S'il y a décoloration, c'est l'urine d'un diabétique, l'urine normale contenant trop peu de sucre pour décolorer complètement 5 cc. d'une solution de safranine. Après refroidissement, la solution devient trouble, les composés leucoïques étant insolubles dans l'eau.

D'après l'auteur, ce réactif est préférable à la liqueur de Fehling, parce qu'il n'est pas décoloré par l'acide urique, la créatine, le chloral, le chloroforme, le peroxyde d'hydrogène et les sels d'hydroxylamine, qui, tous, réduisent cette dernière et par suite peuvent faire croire à la présence du sucre. Il est vrai que le chloral et le chloroforme, en développant de l'isonitrile, atténuent la coloration rouge de la safranine; mais jamais ils ne la décolorent complètement; en outre, les bases leucoïques ne sont pas insolubles. Au contraire, l'albumine la décolore lentement mais complètement. Il arrive parfois que l'urine normale décolore aussi la safranine, mais l'auteur croit que, dans ce cas, elle contient un peu de sucre (quelques centièmes pour 100). En effet, en soumettant à la fermentation l'urine ayant légèrement décoloré la safranine, on voit se dégager quelques bulles d'acide carbonique, et l'urine fermentée ne décolore plus la safranine (*Annales de la Soc. médico-chirurg. de Liège* et *Répertoire de pharmacie*, mars 1889, 112).

II. Urine humaine contenant des glomérules de Malpighi, par M. Schulze. — Cette urine est louche, avec dépôt abondant, filant et blanchâtre. La partie supérieure est limpide, pâle et sans odeur anormale.

Elle renferme 11 grammes d'urée et 1gr, 10 d'acide phosphorique par litre. Ni sucre ni peptones.

A l'examen microscopique, la partie supérieure liquide montre des leucocytes. La masse filante gonfle par l'addition d'ammoniaque et montre une énorme quantité de globules blancs, parfaitement caractérisés par leur aspect finement granulé, présentant de un à trois et quatre noyaux. Ces éléments témoignaient d'une forte purulence. Puis des tubes urinifères nombreux, des hématies plus rares et des cellules épithéliales.

L'auteur a trié, dans ce pus, des petites masses jaunes, s'écra-

sant sous le compresseur comme de la cire. Au microscope, ce sont des globules hyalins, pareils à ceux du lait, mais moins arrondis et de volume irrégulier.

Des cellules rondes, énormes sous un grossissement de 210 diamètres et qui, écrasées entre des lamelles, montrent des amas de cellules nucléées. Ces grandes sphères étaient des glomérules de Malpighi.

En outre, des cellules fusiformes très allongées.

Quelques jours après l'examen de cette urine, le médecin qui soignait le malade reconnut qu'il y avait communication entre la vessie et le rectum et que des urines sortaient par l'anus. Sur le rectum, il y avait du reste une tumeur. Le malade rendait par l'anus une matière demi-solide, grumeleuse, d'odeur infecte et de couleur café au lait.

Elle renfermait des éléments des reins, notamment des tubes droits, puis des plaques entières de cellules, des débris végétaux et des corps pigmentaires.

Placée sur un double filtre, cette matière laissait écouler un liquide, dont la couleur rouge n'était pas due aux hématies ni à leur matière colorante. C'était de l'urine, car on y trouva 7gr,77 d'urée et 1gr,10 d'acide phosphorique par litre (*Répertoire de pharmacie*, 3e série, I, mars 1889, 109).

III. Expériences relatives a l'influence du café sur l'excrétion de l'urée urinaire, par M. Dumont. — L'auteur a recherché l'influence du café sur l'excrétion de l'urée. Il a constaté que, sur quatre jours, le régime étant identique à celui de quatre jours précédents, l'usage du café (60 grammes en infusion dans trois tasses d'eau) a réduit de 21gr,29 l'excrétion de l'urée urinaire soit en moyenne de 5gr, 32 centigrammes).

L'auteur n'a pas constaté d'action diurétique du café (*Revue médicale de Louvain*, juin 1888).

IV. Influence du chlorure de sodium sur la réaction de l'urine, par M. Gruber. — Si l'on administre, à un chien soumis à plusieurs jours d'abstinence, 0gr,50 de chlorure de sodium par kilogramme de poids du corps, pendant les seize heures suivant le jeûne, l'animal élimine une urine alcaline riche en carbonates. Si l'on supprime le sel, l'urine devient acide même dans les pre-

mières heures de la digestion, tandis que, pendant cette période. l'urine éliminée par l'homme ou les animaux est alcaline ou neutre. On doit donc admettre que le chlorure de sodium est décomposé, dans l'estomac en acide chlorhydrique qui passe dans le suc gastrique, et en sodium qui se combine à l'acide carbonique du sang et passe dans l'urine.

L'administration du chlorure de sodium chez les animaux à jeun chez lesquels la sécrétion du suc gastrique est suspendue, ne produit pas cette modification dans la réaction de l'urine. Probablement, le chlore de l'acide chlorhydrique qui se forme est retenu en combinaison organique et s'élimine quand le chlorure de sodium vient à manquer (*Annali di Chimica e di Farmacologia*. 368. Giugno 1888).

V. Sur les éthers sulfoniques de l'urine dans diverses maladies, par G. Hoppe-Seyler. — L'auteur a fait de nombreuses déterminations au sujet des éthers sulfoniques dans l'urine pathologique et il donne les conclusions suivantes :

1° L'absence ou la diminution de l'absorption des produits de la digestion, comme il arrive dans la péritonite, la tuberculose intestinale, etc., donne lieu à une augmentation des éthers sulfoniques, résultant d'une décomposition plus avancée des produits de la digestion et de l'absorption des substances dérivées.

2° Dans le typhus et dans la coprostase simple, on n'observe aucune augmentation.

3° Les affections gastriques, dans lesquelles les éléments séjournent plus longtemps dans l'estomac et y subissent une décomposition plus avancée, comportent toujours une augmentation des éthers sulfoniques.

4° Les processus de putréfaction, en dehors du canal digestif, dans la cystite, la péritonite suppurative, etc., par exemple, donnent des résultats semblables, et l'augmentation est proportionnelle à l'intensité du processus.

5° La proportion des éthers sulfoniques peut toutefois rester stationnaire, si, dans le même temps, on observe une augmentation des produits de la putréfaction. Cette relation s'observe, par exemple, avec l'indoxile et le scatoxile.

6° Dans l'urine normale, le scatoxile prédomine sur l'indoxile.

Dans la péritonite, le contraire a lieu (*Zeitschrift für physiol. Chemie*, XII, fasc. 172, 1888).

VI. Caractères de l'urine dans le cas de l'empoisonnement par le phénol provenant de salicylate de soude impur, par H. T. Griffiths. — L'auteur rapporte le cas d'une femme de 22 ans, souffrant de rhumatisme subaigu, à laquelle on avait prescrit 1gr,20 de salicylate de soude toutes les quatre heures. Après avoir pris, en tout, environ 20 grammes de ce médicament, la malade fut prise de délire et se plaignait de bourdonnements d'oreilles. L'urine était de couleur jaune verdâtre foncé, fortement acide, de densité égale à 1 040, donnant une coloration violet foncé avec le perchlorure de fer, ne contenant ni albumine ni sucre et ne présentant aucun caractère important à l'examen microscopique. Ce liquide fut conservé dans un verre à expériences à demi découvert et examiné de temps en temps. Au 22e jour, l'urine était toujours acide, sans odeur désagréable et ne montrait que quelques sporules au microscope. Au 45e jour, elle était toujours acide, d'odeur aigre, montrant des groupes de cellules toruliformes, mais pas de bacterium termo. Le 75e jour, une masse de penicillum glaucum recouvrait la moitié de la surface du liquide, de réaction acide, donnant une forte coloration avec le perchlorure de fer, et montrant quelques spécimens du bacterium termo. Au 89e jour, l'urine était moins acide, de coloration brun noir foncé, avec une augmentation dans le nombre des micro-organismes et quelques cristaux de phosphate ammonico-magnésien. Le 94e jour, l'urine était devenue alcaline et d'odeur forte, mais elle donnait toujours une coloration très prononcée avec le perchlorure de fer, et montrait un petit nombre de « bacterium termo ». En fait, cette urine ne contenait, relativement, que peu d'organismes microscopiques.

Le salicylate de soude impur, qui avait produit les accidents indiqués chez la malade et aussi chez d'autres patients, fut promptement abandonné. (*The Lancet*, June 16, 1888, et *Therapeutic Gazette*, XII, August 15, 1888, 539).

VII. Sur la chylurie, par M. A. Huber. — Huber rapporte l'observation d'un malade atteint de chylurie, et donne des détails sur les diverses analyses qu'il a faites des urines dans ce cas. Il

fait remarquer le parallélisme assez régulier qu'il a observé entre les proportions de la graisse et de l'albumine contenues dans les urines. Ayant fait prendre à son malade de l'huile de foie de morue (250 gr.), il trouve dans les urines une augmentation de la proportion, non seulement des graisses mais de l'albumine. L'albumine est en général en quantité supérieure, mais les variations de ces substances sont sensiblement parallèles. Il note un fait d'apparence un peu paradoxale : l'urée et l'acide urique augmentent pendant la chylurie. Le chlorure de sodium s'accroît également un peu dans les urines chyleuses ; la quantité des sulfates, des phosphates et des substances basiques ne paraît pas modifiée. Il n'a pas observé de sucre, et n'a pas recherché la leucine, ni la tyrosine. Enfin, chez son malade, la chylurie se montrait surtout pendant le repos de la nuit. Les urines de la journée, surtout quand le malade se levait et marchait, étaient plus transparentes. Eggel et Ackermann avaient noté un phénomène inverse. Peu de modifications dans la densité et la quantité des urines. Huber n'a pas trouvé de filaires dans les urines (*Archiv für pathol. Anat. und Physiol.*, Band 106, p. 126).

M. Boymond.

BIBLIOGRAPHIE

Étude clinique des tumeurs de la vessie, par M. le Dr Settier, Madrid, 1888.

Monographie dans laquelle l'auteur, après avoir adopté la classification récente de Pacinotti, de Palerme, pour les tumeurs de la vessie, passe en revue les signes subjectifs et objectifs sur lesquels on doit s'appuyer pour en faire le diagnostic. Il passe en revue l'hématurie avec ses principaux caractères, les procédés du cathétérisme, du toucher rectal, de l'exploration bimanuelle de Volkmann, de l'endoscopie de Grünfeld, de la cystoscopie de von Dittel, le procédé de l'exploration digitale de H. Thompson sur lequel il insiste ; puis il termine par l'étude de l'urine et de l'examen microscopique des fragments des tumeurs. Tandis que les spécialistes de Vienne (Dittel, Ultzmann, Billroth), dit l'auteur, comptent surtout sur les renseignements que donne l'exploration à l'aide des instruments, les Anglais donnent la préférence au procédé de l'exploration digitale de Thompson, et les Français, suivant l'exemple du professeur Guyon, attachent plus d'importance aux renseignements cliniques, ne recourant aux autres que dans les cas douteux.

L'auteur rappelle les travaux de notre ami Bazy, qui le premier en France pratiqua la taille hypogastrique de Petersen, dans le but d'enlever une tumeur vésicale, et il termine par la discussion du traitement de ces tumeurs et des divers procédés que l'on a proposés. Faire le diagnostic aussitôt que possible, dit-il, puis ouvrir la vessie de façon à faire de bonne heure une extirpation complète et étendue. Si l'on se contente des moyens palliatifs et si l'on ne se décide à intervenir que lorsqu'il devient impossible au malade de supporter son affection, il y a de grandes chances de n'obtenir qu'un médiocre bénéfice en proportion des risques à courir. P. Raymond.

Le Rédacteur en Chef, Gérant : Dr DELEFOSSE.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 24128.

ANNALES DES MALADIES

DES

ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Mai 1889.

MÉMOIRES ORIGINAUX

Note sur les conditions de réceptivité de l'appareil urinaire à l'invasion microbienne (1),

Par M. le professeur Guyon,

Chirurgien de l'hôpital Necker.

L'intervention des micro-organismes dans les modifications pathologiques des urines, depuis longtemps démontrée par M. Pasteur, paraît avoir un rôle non moins décisif dans la production des accidents auxquels succombent les malades atteints d'affections des voies urinaires.

Il est intéressant de rechercher dans quelles conditions s'exerce cette influence. La clinique et l'expérimentation fournissent des résultats qui sont en parfaite concordance. L'observation montre chaque jour des différences considérables dans l'aptitude pour l'infection ; l'expérimentation les confirme. Cette aptitude dépend de conditions multiples. Les différentes parties de l'appareil urinaire ne subissent

(1) Communiquée à l'*Académie des sciences*, le 29 avril 1889.

l'infection qu'à la suite d'une appropriation préalable qui les met en état de réceptivité.

La rétention d'urine, les lésions traumatiques ou spontanées de l'urèthre, de la vessie, des uretères et des reins, en d'autres termes tout ce qui modifie la nutrition et le fonctionnement normal de ces organes, fournissent les conditions voulues pour cette appropriation.

A ces conditions intrinsèques d'ordre pathologique qui créent la prédisposition morbide, s'ajoute nécessairement l'action différente des diverses variétés de micro-organismes.

Chacune de ces conditions réclame des recherches que je continue à poursuivre.

Je me borne aujourd'hui à indiquer les résultats que m'a donnés l'étude du rôle pathogénique de la rétention d'urine. Les notions positives qu'elle fournit permettent de poser dans leur généralité les termes principaux de la question.

On sait que nombre de malades se sondent ou sont sondés dans les conditions les mieux faites pour permettre l'inoculation. Souvent il n'en résulte aucun accident apparent; chez beaucoup, de longues années se passent sans autres inconvénients que ceux d'une inoculation localisée à la vessie. Chez d'autres, l'infection rapide de l'appareil urinaire tout entier, est la conséquence prochaine, presque immédiate dans bien des cas, d'un cathétérisme pratiqué sans précautions antiseptiques.

La forme de rétention que j'ai décrite autrefois sous la dénomination de rétention d'urine incomplète avec distension, fournit au plus haut degré les conditions de réceptivité que je viens d'indiquer.

Dans ces cas, que l'étude clinique n'avait pas séparés du groupe nombreux des rétentions, j'ai fait voir quelle pouvait être l'influence de la tension de la vessie sur l'état anatomique et fonctionnel des reins, et à quel degré les troubles qui en résultent retentissent sur l'appareil digestif. Ces malades qui ont la vessie distendue à l'extrême rendent cependant une quantité exagérée d'urine, leur nutrition se

trouble profondément, ils prennent à un degré plus ou moins grand l'aspect que déterminent les lésions organiques. Ils offrent les caractères de cet état complexe que j'appelle cachexie urinaire ou, du moins, de l'une de ces formes, de la forme non septique.

Dans ces cas, en effet, l'évolution morbide s'accomplit à l'état aseptique. Malgré la gravité, malgré la complexité des lésions, malgré la longue durée, les urines sont d'une limpidité parfaite ; elles ne contiennent aucun micro-organisme, elles ne cultivent pas ; le malade est apyrétique.

Qu'une intervention soit jugée nécessaire, que le cathétérisme soit fait sans les précautions rigoureuses qui empêchent l'introduction des germes, la suppuration s'établit du jour au lendemain, s'étend rapidement à tout l'arbre urinaire, la vie est gravement menacée ; il y a souvent élévation de la température.

Les conditions présentées par ces malades peuvent se résumer ainsi : stases de l'urine, troubles de la nutrition locale et de la nutrition générale.

Stase de l'urine dans la vessie qui se débarrasse seulement de son trop-plein, stase dans les uretères dont l'irrigation continue de l'état normal est arrêtée par l'énorme distension de la vessie, stase dans les réservoirs et jusque dans les canalicules excréteurs du rein, eux aussi envahis par la dilatation pathologique de tout l'appareil.

Troubles de la nutrition locale dus aux lésions interstitielles, à l'artério-sclérose et au ralentissement de la circulation qui entretient un état congestif permanent. Troubles généraux dus à la perturbation des actes digestifs.

L'état pathologique, indépendamment des lésions qu'il provoque, a donc créé un milieu stable qui par cela même favorise la culture, culture que pourra rendre particulièrement active l'exhalation sanguine provoquée par l'abaissement trop subit de la tension, lorsque l'évacuation artificielle n'est pas conduite suivant des règles précises.

Tout est donc prêt alors pour que la multiplication de

l'agent infectieux s'accomplisse, tout assure la propagation aux uretères et aux reins.

Dans la rétention aiguë complète, l'urgente nécessité de l'intervention modifie grandement les conditions de réceptivité. Elle varie néanmoins suivant ses variétés. La rétention des rétrécis ne saurait être comparée à celle des prostatiques. Les premiers sont des sujets jeunes à vessie fortement musclée; les seconds sont plus ou moins âgés, toujours athéromateux, leurs tissus sous le coup de troubles de la nutrition. Chez les uns et les autres cependant, à moins de lésions surajoutées, de traumatismes par exemple, l'infection, lorsqu'elle se produit, se localise d'abord à la vessie. Il est fort rare qu'elle soit durable chez les rétrécis. La stase de l'urine a bientôt complètement cessé. Aussi voit-on par exemple l'état ammoniacal le plus prononcé, des accidents fébriles graves disparaître d'eux-mêmes, par le seul fait du rétablissement intégral de la miction. Chez les prostatiques, l'inoculation de la vessie persiste habituellement, mais elle ne s'étend que plus ou moins tardivement aux uretères et aux reins. Elle en prend d'autant moins possession que l'évacuation artificielle sera mieux assurée.

Le rôle de la rétention qu'affirme la clinique est également démontré par l'expérimentation.

J'ai introduit dans la vessie du lapin et du cobaye des cultures pures de microbes pathogènes pour les animaux et pour l'homme, staphylococcus aureus, streptococcus pyogenes, bactérie septique de Clado, étudiée par Albarran et Hallé sous le nom de bacterium pyogenes. Vingt-quatre ou trente-six heures après l'inoculation, on ne retrouvait plus dans les urines les microbes injectés et, chez les animaux sacrifiés, la vessie et tout l'appareil urinaire étaient indemnes de lésions.

Pour arriver à ce que la vessie reste habitée pendant quelques jours, et pour obtenir un léger degré de cystite, il faut employer des doses massives d'organismes très virulents

(1 centimètre cube et demi de culture sur bouillon chaque fois). Il faut les répéter à plusieurs reprises et même alors les organismes ne dépassent pas la vessie, les voies urinaires supérieures restent indemnes.

Dans une autre série d'expériences, j'ai déterminé chez le lapin et le cobaye des rétentions simples par ligature de la verge. Les animaux sont morts sportanément par rupture de la vessie ou ont été sacrifiés de vingt-quatre à trente-six heures après la ligature. On observe la tension de la vessie, de très riches arborisations vésicales, quelques ecchymoses, la dilatation des uretères et leur tension, la congestion rénale surtout marquée au niveau de la voûte suspyramidale. A l'examen bactériologique, on ne trouve, par les procédés de culture, aucun micro-organisme.

En injectant des cultures de microbes pyogènes, en même temps qu'on pratique la ligature de la verge, on observe le gonflement œdémateux et le dépoli de la muqueuse, pour peu que le lien reste en place six à douze heures. Lorsque cette rétention est trop temporaire, l'expérience est négative. Si la ligature de la verge est prolongée pendant vingt-quatre heures, et mieux encore si elle reste en place jusqu'à la mort de l'animal, la cystite est constante. Dans deux expériences, les microbes injectés se trouvaient, non seulement dans la vessie, mais jusque dans l'urine des bassinets.

L'ensemble des faits démontre que la rétention d'urine favorise l'infection de l'appareil urinaire en rendant effective l'inoculation microbienne. La réceptivité de cet appareil est en raison même du degré et de la durée de la rétention. Les lésions qu'elle détermine, aussi bien dans la forme aiguë que dans la forme lente, favorisent l'action des agents pathogènes, elles rendent plus durables et plus graves les effets de l'infection.

L'étude clinique et expérimentale de la rétention fournit encore une démonstration non moins importante. Elle prouve que l'infection reconnaît le plus ordinairement pour cause l'inoculation directe de la vessie par les instruments.

L'évolution aseptique des rétentions lentes abandonnées à elles-mêmes, l'infection fatale à la suite d'une intervention septique, la facilité avec laquelle l'état aseptique peut être maintenu en recourant uniquement à l'antisepsie chirurgicale, sont particulièrement démonstratives.

Chez ces malades à réaction si sensible, de même que dans l'état normal, l'urèthre ne livre pas passage aux germes ; ils ne pénètrent dans la vessie que s'ils y sont directement introduits.

Pour le démontrer expérimentalement, j'ai déterminé la rétention d'urine en sectionnant la moelle chez deux lapins. L'un des animaux reçut dans la vessie une injection d'un demi-centimètre de culture sur bouillon du bacterium pyogenes ; l'autre ne fut point injecté. Ces deux animaux sont morts après quarante et quarante-huit heures. Tous deux avaient la vessie énormément distendue ; celui qui avait reçu l'injection microbienne avait de la cystite œdémateuse : les urines de l'autre étaient aseptiques.

C'est donc à l'antisepsie locale qu'il appartiendra presque toujours de mettre sûrement l'appareil urinaire à l'abri de l'infection. Mais c'est des lésions préexistant à l'introduction des germes, et en particulier de la rétention d'urine, que dépend la réceptivité.

Note sur un cas de cystite tuberculeuse traitée par la taille hypogastrique, le raclage et la cautérisation,

Par le docteur JAQUES L. REVERDIN,
Professeur à l'École de médecine de Genève.

J'ai fait, il y a plus de deux ans maintenant, la taille hypogastrique à un malade atteint de cystite tuberculeuse, et j'ai complété l'opération par le raclage et la cautérisation. Malgré les conditions défavorables que présentait le cas, la tuberculose vésicale n'étant point primitive, le résultat a dépassé mon attente, et maintenant que le temps écoulé est déjà long, le moment me paraît venu de publier cette observation (1).

La taille hypogastrique n'a été faite jusqu'ici qu'un petit nombre de fois dans les cas de tuberculose vésicale, les quelques recherches que j'ai pu faire m'en ont fait rencontrer neuf observations; si j'y ajoute une observation inédite qu'a bien voulu me confier mon confrère le professeur Roux, de Lausanne, et celle qui m'est personnelle, j'arrive à un total de 11 observations.

Ces différents faits ne sont pas du reste d'égale valeur; le diagnostic n'avait pas toujours été établi avant l'intervention, le but et le mode de cette intervention ont varié, de sorte qu'ils sont en réalité assez peu comparables. Je n'ai pas du reste l'intention pour le moment d'approfondir les multiples questions qui se présentent dans ce sujet encore neuf de l'application de la taille hypogastrique au traitement de la tuberculose vésicale ; j'ai uniquement pour but de faire connaître une observation qui me paraît avoir une certaine valeur.

(1) L'opéré dont je vais rapporter l'histoire a été déjà présenté à la Société médicale de la Suisse romande à Lausanne, dans la séance du 20 octobre 1887.

Néanmoins, afin d'épargner à d'autres les recherches que j'ai faites moi-même, je vais énumérer les cas dont j'ai eu connaissance. J'en ai trouvé cinq dans la littérature étrangère.

Le premier est dû à Iversen (1) : la malade était une jeune fille de 19 ans qui souffrait de ténesme vésical et de douleurs, et chez laquelle on trouva par l'exploration digitale une ulcération de la paroi antérieure de la vessie; après un raclage non suivi d'amélioration, on fit la taille hypogastrique et on excisa l'ulcère, mais la fistule ne se ferma pas; un abcès se forma dans la région du rein droit qui fut incisé; la malade mourut et l'on trouva une tuberculose du rein droit et de la vessie et un abcès prévésical. Cette taille a été pratiquée à la fin de mars 1885, ce serait la première en date.

Schatz (2) a communiqué en juin 1886 une observation très analogue, concernant aussi une femme, jeune, présentant des douleurs de miction et de l'hématurie; l'exploration digitale fit découvrir une ulcération étendue de la vessie; la taille hypogastrique fut pratiquée et suivie de la résection partielle de la vessie; on y trouva des tubercules; la malade, après avoir vu disparaître pendant plusieurs mois le pus de ses urines, revint en disant que celles-ci étaient de nouveau troubles; son sort ultérieur n'est pas indiqué.

Dans un travail sur la taille hypogastrique, le docteur K. Eigenbrodt (3) a publié trois observations recueillies à la clinique de Trendelenburg et se rapportant à notre sujet; dans les trois cas le diagnostic n'a été établi qu'après l'opération par le fait de la marche ultérieure de la maladie et par exclusion; il s'agissait dans les trois cas de tuberculose vésicale primitive.

1er Cas. —Homme de 30 ans, sans antécédents tuberculeux; hématurie à la fin de la miction depuis 11 mois, ténesme, douleurs en urinant, fréquence de miction. Taille hypogastrique le 23 juin 1886, ulcération derrière le trigone qui est raclée à la cuiller tranchante et cautérisée au Paquelin; drainage vésical; l'opéré est soulagé de ses

(1) Axel Iversen. *Ueber Neubildungen in der Blase*, analysé dans le *Centralblatt für Chirurgie*, 1887, p. 457.

(2) Schatz. *Ueber Geschwüre der Harnblase* (*Centralblatt für Gynæcologie*, 1886, p. 464).

(3) Dr K. Eigenbrodt. *Ueber der hohen Blasenschnitt* (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, vol. 28, fasc. 1 et 2. 1888, p. 119 à 129).

douleurs, mais la plaie ne se ferme pas, la tuberculose se généralise et il succombe le 29 septembre. A l'autopsie, tuberculose pleurale, péritonéale, rénale, vésicale et prostatique.

2e Cas. — Homme de 30 ans. Antécédents tuberculeux maternels. Depuis 4 mois, ténesme et hématurie, miction fréquente et douloureuse, urine purulente. Taille hypogastrique le 12 juin 1886, ulcération de la paroi postérieure, raclage et cautérisation au Paquelin. Drainage vésical; guérison. Cinq mois après son départ, le malade a fait savoir qu'il avait encore parfois des douleurs, mais moins fortes qu'auparavant.

3e Cas. — Homme de 47 ans. Depuis 7 mois mictions fréquentes et douleurs dans le gland. Depuis 4 mois hématuries, urine trouble, purulente, acide, sans albumine, cathétérisme douloureux, ramenant des caillots et des débris de tissus ; au microscope on trouve un tissu infiltré de cellules rondes et l'on croit y découvrir aussi quelques productions papillaires. Taille hypogastrique, le 16 mai 1886 ; malgré un examen approfondi on ne trouve rien d'autre qu'un léger état inflammatoire de la muqueuse et une saillie du lobe médian de la prostate. Drainage de la vessie. Cessation des douleurs et guérison rapide. Sept mois après, le malade se trouve bien, mais il a eu de nouveau au bout de trois mois des douleurs dans le canal et le testicule gauche, et depuis lors l'urine est un peu colorée en rouge ; on trouve que le testicule gauche est augmenté de volume et qu'il est surmonté d'une tumeur qui, d'après sa situation et sa forme, doit être l'épididyme induré, infiltré et bosselé.

Jusqu'ici, comme on le voit par ces résumés, ce n'est pas à la suite d'un diagnostic établi que l'intervention a eu lieu. Il n'en est pas de même des cas suivants. C'est le professeur Guyon (1) qui le premier a ouvert par la taille hypogastrique la vessie tuberculeuse, de parti pris. Il nous dit lui-même que l'idée d'intervenir de cette façon lui paraissait logique en raison du peu de profondeur des lésions, de la possibilité d'un diagnostic précoce et de l'intégrité habituelle des reins chez les adultes : il n'en est pas de même de l'appareil génital, presque toujours envahi, du moins chez l'homme. Guyon choisit, pour bien juger de la valeur

(1) Guyon. *Note sur le traitement chirurgical de la tuberculose de la vessie.* Congrès français de chirurgie, 3e session, Paris, 1888, p. 363.

de l'opération, des cas de tuberculose localisée à la vessie seule. Sa première opération a été faite au commencement de juillet 1885, quelques mois après celle d'Iversen; mais elle a une tout autre valeur que cette dernière: c'est de l'opération de Guyon que date réellement l'application de la taille hypogastrique à la cure de la tuberculose vésicale, puisque c'est le premier cas dans lequel, le diagnostic bien établi, les indications opératoires en ont été déduites logiquement.

Il s'agissait d'un homme de 24 ans, souffrant depuis un an et demi de douleurs et de fréquence de la miction, rendant des urines troubles et sanguinolentes à la fin, ne présentant pas d'autres lésions tuberculeuses : soulagé d'abord par la morphine, il revient dans le service et on trouve de nombreux bacilles dans les urines. Vu la gravité de l'état du malade et l'intensité des douleurs, Guyon pratique la taille hypogastrique : la face interne de la vessie est petite, rouge framboisé, mamelonnée; il dilate le col et frotte la muqueuse vésicale avec de l'huile iodoformée ; le malade guérit, et est soulagé de ses douleurs. Il a été vu le 10 mars 1888, les mictions sont espacées et l'urine limpide ne contient aucune bacille.

La seconde observation de Guyon concerne un homme de 40 ans, souffrant depuis plus d'un an de douleurs à la fin de la miction, rendant plus tard du sang à la fin; la vessie est douloureuse à l'exploration, mais non au toucher rectal; les organes génitaux sont normaux; les urines sont purulentes et présentent de nombreux bacilles de Koch. Le traitement général et local n'amenant aucune amélioration, la taille hypogastrique est pratiquée à la fin d'avril 1887; vessie rouge avec quelques apparences fongueuses localisées surtout au pourtour du col, mais sans ulcérations appréciables; grattage et cautérisation au thermocautère; les tubes sont enlevés le 15 mai, et la sonde à demeure doit être laissée jusqu'au 31 décembre à cause de la persistance d'une fistule hypogastrique qui nécessite une nouvelle intervention. Les bacilles ont peu à peu disparu de l'urine et définitivement au bout de six mois. Le malade a été complètement délivré de sa tuberculose, mais il n'est pas encore guéri de sa cystite.

Guyon a fait une troisième opération, dont je ne connais pas les détails. Elle est signalée dans un article du docteur Guiard (1) en ces mots :

« Enfin, on peut encore voir à l'hôpital Necker, au n° 17 de la salle Saint-Vincent, un troisième malade dont les mictions, très douloureuses, se répétaient jusqu'à 150 fois dans les 24 heures. A partir

(1) P. Guiard. Traitement chirurgical de la tuberculose vésicale. *Journal de médecine de Paris*, 1888, p. 296 et 340.

de l'opération, son état devient si satisfaisant qu'il déclarait à tout venant, avec une évidente complaisance, qu'il n'avait plus de vessie. »

Dans la première de ces opérations, Guyon avait pour seul but, comme il le dit lui-même, de faire cesser l'état douloureux en supprimant le fonctionnement de la vessie; grâce peut-être à l'iodoforme employé, soit sous forme d'huile, soit sous forme de bandelettes de gaze introduites dans la vessie, il a obtenu une guérison. Dans le second cas et probablement dans le troisième, il a été plus loin et a attaqué directement les lésions par le grattage et la cautérisation; dans ces trois cas, la tuberculose était localisée à la vessie. Instruit par le résultat des deux premières observations, il va plus loin encore et il nous dit : « Il nous reste à nous demander s'il ne serait pas rationnel d'agir sur la tuberculose vésicale, alors même qu'il y a des lésions de l'appareil génital, et ce qu'il convient de faire pour détruire les lésions tuberculeuses, une fois la vessie ouverte. Il me paraît que la première de ces questions ne devait être résolue en faveur de l'intervention opératoire que dans les cas où le traitement général est sans action sur les phénomènes vésicaux et que les lésions génitales sont discrètes et limitées. Ces cas se rencontrent beaucoup plus souvent que ceux où la vessie est isolément atteinte, etc. »

Comme on le verra, mon observation personnelle répond précisément à la question posée par Guyon; mais avant d'en donner le récit j'ai encore à signaler les faits de Poncet et de Roux.

Le malade de Poncet (1) était un garçon de 14 ans appartenant à une famille de tuberculeux, et présentant lui-même des antécédents suspects. Les symptômes de tuberculose vésicale, hématuries, mictions douloureuses, douleurs dans le gland, qui avaient débuté en 1886, étaient, lors de l'entrée à l'hôpital en juillet, à leur summum,

(1) Edmond Blanc. Cystite tuberculeuse douloureuse; taille hypogastrique; drainage de Demons; résultat fonctionnel parfait (*Gazette médicale de Paris*, 1888, p. 351).

les mictions très fréquentes, les besoins impérieux, les dernières gouttes d'urine rendues avec de vives douleurs; à plusieurs reprises il y a eu émission de petits graviers; l'exploration de la vessie faisait sentir un léger frottement sur un corps dur, à la face postérieure. — Amaigrissement rapide, cachexie extrême, les poumons paraissent sains. « En présence d'un état aussi grave, et bien que l'hésitation soit permise entre une tuberculose vésicale que les antécédents rendent très probable, et un calcul auquel certains signes permettent de songer, M. le professeur Poncet se décide à une opération hâtive; il faut couper court à une si intolérable situation. Dans l'une et l'autre hypothèses, l'intervention s'impose; elle sera curative dans le deuxième cas, simplement palliative dans le premier cas. » La taille hypogastrique est pratiquée, la surface interne de la vessie est fongueuse, quelques ulcérations et granulations; à la face postérieure colonne dirigée longitudinalement, dure, fibreuse, recouverte d'incrustations calcaires: drainage de Demons. Il y a d'abord une rapide amélioration, les douleurs et les hématuries cessent, l'état général s'améliore, mais l'affaiblissement reprend sa marche au commencement d'août, et le petit opéré succombe le 1er septembre avec des accidents urémiques, sans que ni les douleurs, ni le ténesme, ni les hématuries aient reparu.

A l'autopsie, quelques tubercules aux sommets; rein gauche converti en poche purulente; dans le rein droit, trois cavernes remplies de matière crétacée; vessie remplie de pus, ratatinée, granulations tuberculeuses et ulcérations de la muqueuse.

L'observation inédite que Roux a bien voulu me communiquer se résume de la façon suivante:

B... Joseph, agriculteur, 27 ans, a toujours eu la vessie sensible depuis son enfance et a eu par moments de l'incontinence nocturne; il était quelquefois si pressé qu'il urinait dans son pantalon. Amélioration à 15 ans. A 22 ans, en 1882, rechute sans cause, mictions toutes les demi-heures avec douleurs à la fin, dernières gouttes sanguinolentes. En novembre 1886, nouvelle rechute, accompagnée de ténesme rectal, et douleurs dans l'hypogastre; ces douleurs sont augmentées par la marche, les mictions se rapprochent et il finit par uriner tous les quarts d'heure, puis toutes les cinq minutes et enfin par avoir un suintement continuel d'urine; après chaque épreinte plus violente, quelques gouttes de sang; urine trouble. Après deux mois de traitement, il arrive à garder l'urine deux heures à deux heures et demie.

Enfin, après des alternatives de mieux et de moins bien, il entre à l'hopital de Lausanne dans le service de Roux, le 26 juillet 1888. L'urine renferme de nombreuses cellules épithéliales, des globules de pus, des globules rouges, des oxalates, pas d'albumine. Jusqu'au 16 octobre il est traité par la diète lactée, le chlorate de potasse, les

lavages à la résorcine, la térébenthine à l'intérieur et en lavages, les lavages à la créoline, l'acide benzoïque et le salol à l'intérieur. L'exploration vésicale exclut l'idée de calcul; le diagnostic le plus probable est celui de cystite tuberculeuse. L'opération de la taille est proposée et acceptée aussitôt.

Le 16 octobre 1888, taille hypogastrique, sans ballon de Petersen, 300 grammes environ d'acide borique injectés dans la vessie. Vessie assez petite, il est difficile de trouver le repli péritonéal; pas de lacis veineux; derrière la symphyse, on trouve un liquide séro-sanguinolent qui s'écoule à plusieurs reprises, et on se demande si peut-être la vessie s'est rompue. La vessie fixée par quatre points de suture aux parois est incisée. On trouve un très grand nombre de granulations absolument identiques à celles du pharynx; sur la muqueuse plutôt pâle elles forment des proéminences rouges arrondies ou ovales qui ne laissent aucun doute sur la cause de la cystite, dont les produits n'ont pas permis de trouver le bacille de la tuberculose. A l'exemple de Guyon on passe le Paquelin partout où l'on peut arriver et l'on brosse avec un tampon iodoformé.

Tamponnement à la gaze iodoformée; un drain est placé le lendemain, tamponnement iodoformé, compresses de sublimé à 1 p. 1 000.

Forte intoxication mercurielle dont le malade se remet peu à peu mais à grand'peine.

Il est débarrassé de son ténesme, mais la plaie a fort peu de tendance à se fermer. A la fin de décembre, Roux applique à son malade un appareil de son invention, composé d'une ceinture avec plaque métallique traversée par un tube de caoutchouc, qui d'une part pénètre dans la vessie à travers un coussin à air appliqué derrière la plaque et bouchant la plaie, d'autre part dans un réservoir en caoutchouc.

A la fin de janvier, Roux, après avoir constaté le caractère torpide persistant des granulations, et après les avoir raclées à la curette, a examiné la vessie au spéculum; toute sa surface muqueuse était transformée en granulations luxuriantes comme volume, mais molles, présentant des élévations de la grosseur de la moitié d'un pois, portant à leur centre une tache jaunâtre rappelant à s'y méprendre les masses caséeuses cachées dans les cryptes d'une amygdale, l'enfoncement central en moins. A gauche, dans le fond, a 3 centimètres environ de l'embouchure de l'uretère, le doigt s'enfonce dans une petite cavité qui semble avoir traversé la muqueuse et remplie également de fongosités. Il procède alors à un raclage complet à la curette, y compris la cavité signalée plus haut. Une injection d'eau térébenthinée tiède arrête merveilleusement l'hémorrhagie, modérée du reste.

Injection d'éther iodoformé, introduction d'un paquet de gaze iodoformée jusqu'au lendemain; on répétera les injections d'éther iodoformé tous les huit jours. Le malade porte de nouveau son appareil. Telle était la situation le 4 février 1889.

Voici maintenant mon observation personnelle :

TUBERCULOSE ÉPIDIDYMAIRE ET VÉSICALE. — TAILLE HYPOGASTRIQUE, RACLAGE ET CAUTÉRISATION ; PERSISTANCE D'UNE FISTULE, OPÉRATION PLASTIQUE, GUÉRISON. — ABCÈS PÉRINÉPHRÉTIQUE RESTÉ FISTULEUX, ÉTAT SATISFAISANT PLUS DE DEUX ANS APRÈS LA TAILLE.

C..., Auguste, 20 ans, de Meinier, canton de Genève, charpentier.

C... est un garçon d'apparence robuste, bien musclé, à cheveux bruns, à teint coloré ; sauf l'affection pour laquelle il me consulte et dont je donnerai les détails, sa santé a été bonne ; étant enfant, la vaccine a été compliquée d'éruption de boutons ; plus tard il a eu la rougeole, mais ni lui ni ses parents ne se souviennent qu'il ait eu ni glandes, ni abcès, ni maladies des os ; il n'a pas eu non plus de maladies vénériennes ; l'année dernière il a eu trois ou quatre poussées d'herpès génital.

Je connais son père, sa mère et sa sœur âgée de 26 ans ; tous sont de robustes campagnards ; les grands parents sont morts très âgés ; il n'y a dans la famille aucun antécédent connu de tuberculose. Il y a cinq ans, C... se donne un coup sur le testicule droit en sautant ; très rapidement ce testicule enfle, devient gros et rouge ; le lendemain, on vient me consulter, je diagnostique une épididymite traumatique et prescris des frictions avec de la pommade iodoformée ; la grosseur disparaît et le jeune homme ne revient pas me voir. L'année suivante, en prenant des leçons de danse, il s'aperçoit que le testicule est gros et lui fait mal ; mais cette douleur ne dure pas et il ne s'en occupe pas.

Dans le courant de 1883 il commence à éprouver des douleurs à la fin de la miction, à uriner plus fréquemment qu'autrefois et à rendre assez souvent en finissant d'uriner quelques gouttes de sang ; parfois l'hématurie est plus abondante ou bien le sang est rendu sous forme de caillots. Cet

état persistant, il finit par se faire admettre à l'hôpital cantonal où on lui fait prendre de la térébenthine ; il y a fait deux séjours successifs au printemps de 1885, sans obtenir du reste aucune amélioration.

En décembre 1885 il vient me consulter ; je trouve une épididymite tuberculeuse à droite, l'épididyme est volumineux, surtout vers la tête, bosselé, dur ; le canal déférent lui-même forme un cordon dur dans toute sa partie accessible jusqu'à l'orifice inguinal. L'ensemble des phénomènes vésicaux ne me laisse pas de doute sur le diagnostic de tuberculose vésicale. Je prescris des onctions de pommade iodoformée sur les bourses, lui fais prendre trois pilules de 5 centigrammes d'iodoforme par jour et lui fais, pendant les mois de décembre 1885, janvier et février 1886, des instillations de solution de nitrate d'argent au centième au niveau du col ; contre toute attente ces instillations amènent une amélioration assez marquée ; il ne pisse presque plus de sang et souffre moins. En mars, il part pour le Midi, où il séjourne successivement à Marseille, à Cette et en Espagne ; il s'en trouve fort bien, ne pisse pas de sang, urine moins souvent, avec moins de douleurs, mais souffre parfois dans le bas-ventre. Il revient à Genève en octobre 1886 avec une fièvre muqueuse qu'il pense avoir contractée à Lyon et qui se termine sans accident ; mais les troubles vésicaux reparaissent et s'aggravent. Le 12 janvier 1887 il vient de nouveau me consulter : les mictions sont pressantes, très douloureuses, se répétant toutes les demi-heures et quelquefois plus souvent encore ; les urines sont troubles et il rend à la fin de chaque miction un peu de sang. D'autre part le facies est excellent ; l'épididyme, qui avait déjà diminué de volume pendant le traitement iodoformé, me paraît encore moins volumineux que l'année dernière. Je refais une instillation de nitrate d'argent, mais elle n'amène qu'une exacerbation du mal ; les mictions deviennent encore plus fréquentes, ne lui laissent parfois pas plus de dix minutes de repos, et sont horriblement douloureuses.

Le malade demande à tout prix un soulagement, et réclame une opération; j'explique à la famille que si je puis espérer le soulager par une opération, je ne puis promettre plus que cela, puisque la vessie n'est pas le seul organe atteint par la tuberculose; que d'ailleurs le soulagement pourra n'être que temporaire; malgré ces indications, le malade et ses parents sont d'accord pour me prier d'agir. C'est dans ces conditions que C... entre le 21 janvier 1887 dans notre clinique particulière.

Je lui fais d'abord chaque jour des lavages vésicaux avec la solution boriquée tiède à 4 p. 100; la vessie n'accepte pas plus de 50 à 60 grammes de liquide, parfois elle se contracte spasmodiquement par secousses rythmées et l'écoulement par la sonde s'arrête comme si la paroi muqueuse venait s'appliquer sur les yeux. Voici les détails de l'examen du malade fait à cette époque. Testicule droit : épididymite tuberculeuse à noyaux durs, arrondis, sans adhérences à la peau : canal déférent gros et dur du haut en bas. Testicule gauche sain : prostate présentant dans son lobe droit deux petits noyaux durs, peu volumineux, séparés par un sillon; dans son lobe gauche et en avant un petit noyau; au-dessus du lobe droit on sent un cordon dur et noueux formé soit par la vésicule séminale, soit par le canal déférent tuberculeux.

L'urèthre est perméable, sans rétrécissement; la région membraneuse est ordinairement en état de spasme pendant le cathétérisme.

Les reins ne sont pas douloureux et ne paraissent pas augmentés de volume.

Le foie, la rate, le cœur ne présentent rien d'anormal, non plus que les poumons ; le malade du reste n'a jamais eu de toux persistante.

Pas de fièvre, appétit conservé, facies bon, muscles vigoureux.

Mictions toutes les demi-heures; ordinairement un peu de sang à la fin, la miction nécessite parfois un peu d'effort.

L'urine est trouble et rougeâtre; au microscope, globules rouges et globules de pus, pas de cristaux, microcoques et bactéries assez nombreux; pas de cylindres, ni de débris de tissu conjonctif. On n'a pas fait la recherche du bacille de la tuberculose.

Malgré l'état du testicule droit, je me crois en droit d'agir, vu l'intégrité des autres organes, vu la bonne apparence du malade et les vives souffrances qu'il endure; je me propose d'ouvrir la vessie par l'hypogastre, d'attaquer et de détruire les foyers tuberculeux et de laisser l'organe au repos par le moyen des tubes-siphons pendant quelques semaines, afin de laisser le temps nécessaire à la cicatrisation complète.

25 *janvier* 1887. — Opération; éthérisation. Le malade endormi, et la région opératoire rasée et lavée à l'acide phénique, une sonde d'étain n° 18 est introduite dans la vessie (au cours de l'opération j'ai dû la changer contre une du n° 20 parce qu'elle était trop peu résistante et que sa courbure avait changé); la vessie vidée, l'urine est remplacée par environ 400 grammes de solution borique tiède à 4 p. 100. Incision sur la ligne blanche partant un peu au-dessous du bord supérieur de la symphyse et remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic; les vaisseaux sont saisis à mesure, un seul a dû être lié, la torsion faite à la fin de l'opération a suffi pour tous les autres. Arrivé sur l'aponévrose je l'incise, passe entre les muscles droits et pyramidaux; la graisse sous-péritonéale apparaît; des écarteurs placés, je repousse de bas en haut cette graisse avec les doigts et sans voir le cul-de-sac péritonéal, refoulant la graisse de la partie inférieure, j'aperçois la paroi vésicale blanchâtre; le pavillon de la sonde est alors abaissé par un aide, et je sens le bec de l'instrument saillir au-dessus de la symphyse. Je passe avec une aiguille courbe emmanchée un fil de grosse soie de chaque côté du bec de la sonde. Les deux chefs de chaque anse sont pris dans une pince et servent à soulever la vessie; je commence à couper la paroi entre les deux fils; arrivé sur la muqueuse, elle est incisée

directement sur le bec de la sonde qui sort alors par la boutonnière; elle me sert de guide pour agrandir l'incision par en bas, puis elle est enlevée. Le doigt dans la vessie, j'agrandis l'incision par en haut; elle a alors, les bords tendus, à peu près 4 centimètres.

Je passe deux soies nouvelles à travers chaque lèvre de la plaie vésicale, une au-dessous et une au-dessus de celle qui a été placée tout à l'heure; un aide soulève la vessie en tirant sur ces six anses de soie et je place à gauche et à droite un grand écarteur à résection de Volkmann, en haut une grande valve concave du spéculum de Simon. On voit alors très bien la muqueuse vésicale; elle est partout d'un rouge assez vif et sa surface paraît un peu tomenteuse; je distingue en bas et à gauche trois granulations jaunâtres et une petite ulcération en coup d'ongle. Nous introduisons pour plus de sûreté une petite lampe électrique du volume et de la forme d'un crayon, qui nous permet de voir très nettement la muqueuse vésicale; je racle à la curette les parties malades que j'ai indiquées tout à l'heure: plus bas, vers le côté droit du col, j'aperçois un petit foyer de tissu ayant toutes les apparences du tissu fongueux; je me guide surtout sur les sensations du doigt pour l'atteindre, car comme j'ai voulu éviter d'inciser la paroi trop bas vers le col, nous ne voyons pas celui-ci. Je cautérise ensuite énergiquement les points raclés avec le thermo-cautère; l'hémorrhagie est du reste insignifiante et c'est dans le but de détruire plus complètement les foyers tuberculeux que je fais cette cautérisation.

Les fils de soie servent maintenant à suturer les lèvres de la plaie vésicale à la peau, un de leurs chefs étant passé à travers la paroi abdominale, muscles et peau; je fais de plus deux nouveaux points sur chaque lèvre à sa partie inférieure; les bords de l'ouverture vésicale sont ainsi complètement suturés avec la peau; trois points de suture cutanée en haut de la plaie.

Deux tubes de caoutchouc rouge de plus d'un mètre de

long, du volume du petit doigt et pourvus d'un œil près de leur extrémité, sont placés dans la vessie, et fixés à la peau par un fil; on les amorce, ils fonctionnent bien.

La plaie est garnie de gaze iodoformée, recouverte de ouate benzoïque, et d'une feuille de gutta-percha, le tout maintenu par un bandage de corps.

Le malade transporté dans son lit, on fait passer les tubes sur le bord de droite et ils vont plonger dans un urinoir placé sur un tabouret bas,

Soir. — Les tubes s'étaient probablement désamorcés pendant le transport, le malade est mouillé, le pansement est changé, les tubes amorcés de nouveau fonctionnent bien, l'urine qui s'en écoule est très modérément sanguinolente. Douleurs assez vives dans le ventre, soit au voisinage de la plaie, soit à l'épigastre. Pouls très bon, lent. Température axillaire 37°,4. Injection de morphine.

Les premiers jours qui suivent l'opération, le malade se plaint de douleurs de ventre, de ballonnement, de maux de reins, de coliques; mais le ventre reste souple, l'urine s'écoule bien par le siphon, la quantité de sang qu'elle renferme diminue assez rapidement et disparaît tout à fait le 3février; la plaie est pansée le 27 sans enlever la gaze, le 29 je supprime l'iodoforme à cause d'une certaine agitation du malade, et lui substitue la gaze au sublimé.

La température axillaire n'a pas dépassé 37°,6 le matin, elle a été le soir dc 38°, 38°1, 38°7, 38°2.

Le 30, l'opéré est purgé; le 1er février j'enlève une des sutures cutanées et je commence à faire par les tubes des lavages de la vessie avec la solution d'acide borique à 4 p. 100 tiède.

Le 3 *février* je note que l'urine n'est plus sanguinolente, elle est claire, mais le lavage fait sortir du pus; la plaie suppure abondamment, elle est partout recouverte de beaux bourgeons rouge vif.

Le 5, état général parfait, quelques envies d'uriner se sont manifestées, sans douleur du reste.

Le 8, l'urine est claire, mais au moment du lavage il sort encore du pus un peu sanguinolent; le dépôt est examiné. on y trouve beaucoup de cellules épithéliales, pas de bacilles de la tuberculose.

Le 10, le malade urine quelques gouttes d'urine et de sang par la vessie avec assez de douleur; le 11 il urine de nouveau avec douleur mais l'urine est claire.

Le 14, le fil qui maintenait les tubes a coupé la peau, et le siphon a mal fonctionné, je replace les tubes et les fixe au moyen d'une épingle de nourrice, et d'un fil collé sur la peau avec du sparadrap. Les jours suivants l'urine s'éclaircit de plus en plus, quoique l'injection ramène toujours du pus; aucune douleur, pas de mictions.

Le 27 je remplace les tubes par deux autres de plus petit calibre; le malade se lève sans permission, de sorte qu'il les dérange à tout moment; le 6 mars je les enlève, et comme je ne puis compter sur la docilité du malade je ne mets pas de sonde à demeure; il urine par la verge sans douleur. et sans mélange de sang, sauf le 8 mars; mais c'était après une selle et il a constaté que la plaie avait saigné; l'urine s'écoule du reste assez abondamment par la plaie; à partir du 9, je laisse le malade se lever, et je cherche à rapprocher les bords de la plaie avec des bandelettes collodionnées; le malade continue à uriner sans douleur, mais aussi à être constamment mouillé.

Le 18, je remets le malade au lit avec une sonde Nélaton qu'on laisse ouverte dans un urinoir, et je rapproche les bords de la plaie déjà très rétrécie avec des bandelettes de sparadrap.

Le 25, voyant que les bords de la plaie restent écartés je place deux points de suture indirecte (suture de Decès) avec du gros fil d'argent, les fils entrent et sortent à grande distance des bords de la plaie; l'un est fixé avec des tubes de Galli, l'autre tordu, un troisième point est placé le 31; mais l'urine continue à filtrer par la plaie, les fils coupent un peu les tissus, le malade en coupe un de lui-même et

j'enlève les autres le 3 avril; la plaie a pris assez mauvais aspect, elle a creusé dans la peau vers le pubis, et le malade a un peu pâli. Après avoir changé la sonde, je fais un pansement à l'onguent styrax.

9 *avril.* — La sonde fonctionne, mais il passe cependant de l'urine par la plaie; celle-ci a meilleur aspect en général, d'autre part j'aperçois à la partie supérieure un petit point rond jaune qui rappelle le tubercule. Je prescris des pilules de savon d'huile de foie de morue et d'iodure de fer.

15 *avril.* — La plaie a pris très bon aspect et se cicatrise assez rapidement, mais la vessie n'est pas fermée; on peut cependant injecter une petite quantité de liquide sans qu'il en sorte par la fistule. Pansement au styrax et bandelettes de sparadrap; le 23, cautérisation au thermo-cautère.

Le malade urinant sans douleur la sonde enlevée, je tente le 28 de la supprimer, je suis obligé de la replacer le jour même.

Le mois de mai et le commencement de juin se passent à diverses tentatives pour obtenir la fermeture de la vessie; la sonde est laissée à demeure, souvent changée et nettoyée, les bords de la plaie sont cautérisés au nitrate d'argent, au thermo-cautère, au chlorure de zinc, pansée au styrax; ses bords sont maintenus rapprochés au moyen de bandelettes de diachylon, de bandelettes à crochets collodionnées et fixées au moyen d'un fil de caoutchouc: les bords de la plaie prennent un meilleur aspect, de bons bourgeons s'y développent et la cicatrisation fait des progrès sensibles, de sorte que la fistule diminue notablement de longueur et de largeur, mais persiste; le 10 mai j'ai un instant l'espoir bientôt déçu qu'elle se ferme, l'urine étant devenue subitement tout à fait claire; bientôt l'écoulement d'urine par la plaie montre que je m'étais trompé. Cependant l'état général du malade s'est beaucoup amélioré, il a notablement engraissé et repris ses forces; il ne souffre pas de la vessie, et lorsqu'on enlève la sonde il peut uriner sans douleur par la verge en maintenant les bords de la plaie rapprochés avec ses doigts.

Le 17 *juin*, en changeant la sonde je la pousse un peu trop en avant, elle vient sortir par la plaie vésicale qu'elle paraît remplir; c'est une sonde du n° 19 de la filière Charrière; une exploration avec le stylet montre qu'en effet les dimensions de l'ouverture ne dépassent pas ce calibre. Je me décide alors à pratiquer une opération pour fermer la fistule; il est possible que sa persistance soit due à la suture de la vessie à la peau, effectuée lors de la taille : au fond de l'entonnoir que représente la plaie, la boutonnière vésicale paraît présenter deux lèvres se regardant par leur face muqueuse, dès lors incapables de se souder l'une à l'autre.

L'opération est pratiquée le 23 juin; mon plan était le suivant : après avoir avivé la peau et enlevé le tissu cicatriciel, je pensais séparer aussi largement que possible la paroi vésicale de la paroi abdominale par une sorte de dédoublement; puis suturer isolément la vessie et les différents étages de la paroi abdominale: ce plan a pu être suivi avec moins de difficultés que je ne l'avais cru; le péritoine, il est vrai, a été ouvert en un point, je m'y attendais du reste, et cet accident n'a eu aucune suite fâcheuse.

Le malade étant éthérisé, je lave avec soin la vessie et le canal avec la solution d'acide borique à 4 p. 100 : une sonde neuve anglaise à deux yeux est introduite dans la vessie et fixée à la verge au moyen de fils et de sparadrap. Je circonscris au moyen de deux longues incisions un losange étroit de peau comprenant dans son aire la fistule et tout le tissu cicatriciel; ce lambeau est disséqué dans la profondeur et j'arrive sur les muscles droits qui présentent un aspect assez normal. Sous ces muscles la paroi vésicale apparaît; avec le doigt je décolle cette paroi dans l'étendue de 2 ou 3 centimètres de chaque côté, ce qui est relativement facile. En haut je suis obligé d'attaquer une masse de tissu cicatriciel qui englobe la vessie; le cul-de-sac péritonéal se trouve mis à nu en haut et à droite sans éprouver de lésions; à gauche, à la limite supérieure de la fistule il n'en est pas de même, il a été ouvert dans une

étendue de 1 centimètre environ; dès que je m'en aperçois je fais un lavage au sublimé et place deux points de suture au catgut sur la plaie péritonéale. Le lambeau circonscrit par une incision et disséqué dans la profondeur est coupé au niveau de son pédicule formé par la fistule vésicale, de sorte que les bords de celle-ci se trouvent avivés; mais avant de sectionner ce pédicule, j'ai pris soin de passer dans la paroi musculeuse de la vessie deux anses de catgut, un à droite, un à gauche; elles serviront à suspendre l'organe pour faciliter la suture.

Je fais alors quatre points de suture simple au catgut sur les bords de la fistule vésicale avivée, les fils traversent la paroi épaissie et dense sans intéresser la muqueuse; ces fils noués, une injection est faite par la sonde sans qu'une goutte de liquide n'apparaisse au niveau de la suture. Je fais ensuite quatre points de suture de Lembert sur la paroi vésicale, de façon à rapprocher les parties voisines du muscle vésical au-dessus du premier plan de suture; la paroi indurée prête peu, mais cependant les bords des plans musculaires saisis dans les fils arrivent au contact; nouvelle injection sans issue de liquide. Je place alors un drain qui plonge vers la suture vésicale sans la toucher et que je fixe par un point de suture musculaire et un point cutané; un autre drain va sortir par une contre-ouverture faite au-dessus de la racine de la verge.

Il reste à suturer les plans de la paroi abdominale; trois ou quatre points de catgut rapprochent les bords des muscles droits; puis je cherche à rapprocher les bords de la plaie cutanée et, pour faciliter ce rapprochement, je la sépare au bistouri de l'aponévrose dans une étendue de 3 ou 4 centimètres: je fais alors un grand point de suture enchevillée au moyen de deux bouts de drains; suture superficielle continue, et trois ou quatre points plus profonds sortant à 3 centimètres des bords; tous ces points de suture sont faits avec de la soie. Gaze au sublimé et ouate benzoïque comme pansement. La sonde fonc-

tionne bien, il est fort peu tombé de sang dans la vessie.

Soir. — Quelques vomissements verdâtres; état général bon, la sonde fonctionne, suintement sanguin modéré; on change la partie du pansement qui recouvre le pubis. Injection de morphine.

Le lendemain on note des douleurs de ventre assez vives, la plaie est en bon état; on injecte de l'acide borique par la sonde, les urines sont assez troubles. Les douleurs ont cessé le 25; le 27 j'enlève le drain inférieur; au niveau du drain supérieur qui plonge profondément vers la vessie, le pansement présente une tache brunâtre, qui exhale une odeur fétide, mais non franchement urineuse; les urines restent troubles, purulentes; on fait prendre à l'opéré de la tisane à l'acide benzoïque, la température est montée à 39° le soir.

Le 28 il prend une purgation.

Le 29 je note: la plaie suppure dans sa partie supérieure, le pus est odorant, mêlé de sang; les sutures menacent de couper les tissus; enfin, en injectant de l'eau boriquée par la sonde on en voit ressortir par la plaie. J'enlève les sutures profondes que je remplace par des bandelettes collodionnées, et je change la sonde. Encore 39° le soir. Les jours suivants les dernières sutures et le drain sont enlevés; la température est descendue à la normale.

4 *juillet.* — La plaie est réunie à la partie inférieure, en haut elle a tenu par place, on voit des points qui la traversent et sont séparés par des hiatus profonds; pansement avec des bandelettes de sparadrap.

5 *juillet.* — Le pansement et la sonde enlevés, je maintiens les bords de la plaie rapprochés pendant que le malade urine avec un bon jet et sans douleur; rien ne sort par la plaie; cependant, celle-ci qui est profonde, anfractueuse, contient toujours un liquide sanguinolent.

7 *juillet.* — Le malade a uriné deux fois entre la sonde et le canal, il ne semble pas qu'il soit sorti d'urine par la plaie. Celle-ci diminue d'étendue et de profondeur. L'urine est toujours purulente malgré la tisane benzoïque.

10 *juillet.* — La plaie diminue; cautérisation et pansement à l'onguent styrax.

Je pars à cette époque en vacances ; d'après les notes qu'a bien voulu prendre le docteur U. Vautier, la plaie s'est mise à bourgeonner activement, en même temps que l'urine devenait plus claire ; à partir du 17 juillet la sonde a été enlevée, la miction se fait sans douleur, sans hémorrhagie, mais elle est d'abord excessivement fréquente, toutes les 7 minutes ; puis toutes les 10 minutes. Le 19 la cicatrisation est complète ; l'urine est claire et ne laisse presque plus de dépôt : le malade se lève le 20 juillet et quitte la clinique pour retourner chez lui.

Le 28 *juillet*, il revient se montrer ; on constate un léger suintement, dans un point ; il urine la nuit toutes les heures, le jour tous les quarts d'heure, sans douleurs. L'état général est bon.

Deux jours après il revient avec une épididymite à gauche, très douloureuse ; malgré les frictions mercurielles elle ne fait qu'augmenter, et il rentre à la clinique le 1er août ; le testicule est normal, l'épididyme et le cordon tuméfiés, durs, douloureux.

Il ne reste que trois jours.

10 *août.* — Le malade vient nous voir : épididyme et cordon encore gros et durs, mais peu sensibles ; il y a deux jours, une fistule s'est ouverte à la partie inférieure de la cicatrice, au point occupé par le drain ; elle a été précédée d'un petit abcès qui s'est ouvert spontanément, et a laissé passer de l'urine. Il faut noter que depuis son départ, il avait cessé de se sonder, et n'urinait plus que toutes les heures ; lorsqu'il a vu l'écoulement d'urine se faire par la fistule, il a mis sa sonde à demeure et est resté au lit. L'état général est du reste bon.

A mon retour de vacances je l'examine le 6 septembre. Je trouve la petite fistule encore ouverte, quoiqu'il ait continué à garder la sonde à demeure ; l'urine est assez purulente, mais il n'y a pas de douleurs de vessie, il n'y a eu de

sang dans l'urine qu'une seule fois et il l'attribue à un sondage. — Au niveau de l'épididyme gauche un abcès froid est en train de se former : ce qui détermine le malade à entrer de nouveau à la clinique ; l'abcès est traité par les injections d'éther iodoformé, et on profite de son séjour pour cautériser la fistule, soit au thermo-cautère, soit avec une solution de chlorure de zinc ; pour laver la vessie à l'acide borique, et le remettre à l'usage des pilules de savon d'huile de foie de morue et d'iodoforme.

Le 9 octobre je note : état excellent, la fistule persiste mais très petite, l'urine est claire, ne contient que quelques rares flocons, jamais de sang, miction non douloureuse ; il urine dans la journée dans son urinal toutes les demi-heures, mais par précaution, non par besoin pressant ; la nuit, il garde sa sonde à demeure. J'examine la prostate et ne trouve plus que des vestiges des bosselures qui existaient autrefois, soit dans la glande, soit au niveau de la vésicule séminale. Le testicule droit est beaucoup amélioré, le volume de l'épididyme beaucoup moindre, le canal déférent moins gros, moins dur. Le malade engraisse.

Cet état persiste les semaines suivantes, la fistule se ferme, puis se rouvre ; on supprime la sonde à demeure vers le 10 novembre ; il urine la nuit à intervalles d'une heure à une heure et demie ; la fistule se ferme définitivement vers le 20 novembre. Tout allait bien, la miction se faisait sans douleur aucune, et avait diminué de fréquence (4 à 6 fois dans le jour et seulement 3 fois la nuit) ; lorsque au milieu de janvier 1888 il prit une bronchite et cracha du sang noir, épais, lui paraissant provenir des fosses nasales ; il est pris de fièvre le soir, pâlit, maigrit, a des transpirations et se plaint d'une vive douleur dans la région du rein droit. L'examen ne nous permet de trouver aucune tuméfaction dans cette région ; l'auscultation et la percussion ne révèlent rien d'anormal ; notre impression est que le malade est sous le coup d'une poussée de tuberculose que nous ne parvenons pas à localiser ; on cesse l'iodoforme pour

le remplacer par l'huile de foie de morue et le quinquina; le 25 janvier, il arrive pâle, courbé, respirant difficilement, avec une température de 40°; vomissant ce qu'il prend. Je le fais rentrer chez ses parents où il est soigné par le docteur Métral; avec quelques alternatives de haut et de bas, la fièvre persiste ainsi que les transpirations nocturnes, sans toux; l'appétit est perdu, le teint pâlit de plus en plus, l'amaigrissement s'accentue, de la diarrhée survient; peu à peu une tuméfaction se dessine à la partie inférieure du thorax à droite, puis dans la région rénale droite; si bien que lorsque je revois le malade le 14 avril, il n'est plus douteux qu'il n'ait un abcès périnéphrétique probablement en relation avec un rein tuberculeux; après une ponction exploratrice qui ramène un peu de pus, j'ouvre l'abcès le 21 avril par une incision de 6 centimètres parallèle aux apophyses épineuses et à 8 centimètres d'elles; je tombe dans une cavité anfractueuse contenant un litre de pus phlegmoneux, un peu floconneux, sans odeur; on ne sent pas le rein à nu; la cavité ne descend pas jusqu'au niveau de la crête iliaque, mais remonte très haut sous les côtes. Deux gros drains sont introduits dans la plaie; pansement iodoformé.

Le soulagement est immédiat; l'écoulement de pus très abondant pendant les premiers jours, et qui rapidement a pris de l'odeur, diminue peu à peu; les drains sont successivement enlevés, le dernier au bout de deux mois environ.

L'urine a été examinée le 22 avril sans que l'on y trouvât de bacilles de la tuberculose; elle s'est du reste éclaircie immédiatement après l'opération. L'état général du malade s'améliore rapidement, malgré un retour de la fièvre qui était tombée après l'intervention. L'on fait des injections boriquées par les drains; le 3 mai les urines sont beaucoup plus claires, la miction n'est nullement douloureuse et se fait toutes les heures; néanmoins la douleur persiste au niveau de la voussure qui soulève les dernières côtes. Je

ne revois pas le malade qui demeure fort loin et est remis aux soins du docteur Métral; celui-ci fait à la fin de mai une incision entre la huitième et la neuvième côte, au niveau de la tuméfaction qui a augmenté; il ne sort pas de pus d'abord, mais trois jours après l'abcès s'ouvre dans l'incision, les injections montrent que cette ouverture communique avec le foyer principal; il ne s'est jamais écoulé d'urine, ni par la plaie lombaire, ni par la plaie intercostale.

Ces deux plaies se sont converties en fistules à aspect fongueux, mais qui se sont rétrécies de plus en plus. Elles ont été cautérisées à diverses reprises lorsque le malade est revenu me voir en juin, puis en octobre et novembre. Il a repris l'huile de foie de morue depuis l'automne.

Le 18 *novembre* 1888, voici quel est l'état de C... Le facies est excellent, le teint coloré, les muscles vigoureux; il a repris tout son embonpoint; il pesait peu après l'incision de l'abcès périnéphrétique environ 55 kilos, aujourd'hui il pèse 87,5; il est gai, mange bien, et en somme a les apparences d'une belle santé. Il ne tousse pas, l'auscultation ne fait découvrir aucune lésion pulmonaire.

Les deux fistules de l'abcès périnéphrétique sont beaucoup rétrécies, mais présentent toujours une coloration jaunâtre; une apparence fongueuse; il s'en écoule un pus séreux, peu abondant; aucune douleur dans la région rénale.

Les épididymes présentent toujours des masses bosselées. à la queue à droite, à la queue et à la tête à gauche; le canal déférent droit est encore un peu bosselé, mais beaucoup moins gros qu'autrefois; le gauche est normal; la fistule de gauche est presque fermée.

La prostate est un peu dure, un peu bosselée, la vésicule séminale droite est encore dure, moins cependant qu'en janvier 1887.

La cicatrice vésicale s'est considérablement assouplie, sans qu'il y ait d'éventration; la fistule qui avait si long-

temps persisté ne s'est jamais rouverte. La miction se fait sans la moindre douleur ; sa fréquence a encore diminué ; il n'urine plus que toutes les deux heures environ le jour, et se lève quatre ou cinq fois la nuit ; lorsqu'il a bu un peu, les secousses de la voiture rendent la miction plus fréquente mais non douloureuse. Il n'y a plus jamais eu trace d'hématurie.

L'urine est devenue claire ; celle qu'il rend aujourd'hui (18 novembre) est claire, mais laisse cependant se former par le repos un nuage léger au fond du tube ; le docteur Mayor, qui a bien voulu l'examiner, n'y a pas trouvé de bacilles de Koch.

En janvier 1889 un nouvel examen de l'urine qui est maintenant tout à fait claire est également négatif.

1er *mars* 1889. — Les fistules lombaires et costales ont diminué d'étendue et sécrètent moins de pus ; elles communiquent entre elles, comme le montrent les injections d'éther iodoformé.

L'état général est excellent ; le malade est bien musclé, gras, a un teint excellent.

Quant aux mictions, elles se font sans la moindre douleur, sans hématurie ; il peut garder l'urine de une et demie à deux heures, et n'éprouve jamais de besoins pressants. Les nodules tuberculeux épididymaires continuent à diminuer de volume ainsi que ceux de la prostate.

(*A suivre.*)

De l'écouvillonnage de l'urèthre,

Suivi d'injections de sublimé au 1/10 000e.

Nouveau traitement abortif de la blennorrhagie

Par M. le docteur J. Huguet
Médecin stagiaire au Val-de-Grâce.

A mesure que les idées microbiennes ont pris de l'extension, on s'est mis à généraliser l'emploi des antiseptiques ;

dès lors il est tout naturel qu'on en ait essayé et conseillé l'usage dans le traitement de l'affection qui reconnaît pour cause le coccus découvert par Hallier d'Iéna en 1872, coccus dont l'existence a été confirmée par les histologistes Salisbury, Neisser et Weiss.

Quel est le but de ce traitement antiseptique ? Celui de détruire pour certains agents médicamenteux les micro-organismes que l'on s'accorde actuellement à considérer comme la condition *sine quâ non* de l'inflammation virulente du canal de l'urèthre.

Tout d'abord, comment pouvons-nous, d'après les données nouvelles, concevoir le processus de la blennorrhagie? L'agent infectieux déposé sur le gland et le méat pénètre dans les cellules épithéliales, probablement sans effraction, et, au bout de trois ou quatre jours, commence à manifester ses effets. Cet agent, trouvant un terrain favorable, a pu en effet se multiplier à son aise et envahir peu à peu en surface et en profondeur l'entrée du canal. L'inflammation blennorrhagique, premier signe apparent de l'infection, est la conséquence de la réaction de la muqueuse uréthrale contre les agents parasitaires qui ont amené la multiplication et la chute des cellules épithéliales.

C'est à ce moment de réaction, seulement, que le malade se présente à l'examen du médecin, et la plupart du temps beaucoup plus tard.

Ainsi, même au premier jour de la blennorrhagie déclarée, il faut déjà tenir compte de deux choses : les agents infectieux et les phénomènes inflammatoires réactionnels. Or, que peut faire le simple traitement antiseptique, même appliqué dès cet instant ?

Il peut sans doute désagréger les microbes superficiels, détruire leur groupement, entraver leur évolution, les faire même complètement disparaître, de façon qu'on ne puisse plus constater leur présence dans le pus, à l'examen microscopique; mais il y a bien des chances pour qu'il n'atteigne pas les organismes qui ont pu pénétrer et pul-

luler dans les couches profondes de l'épithélium. C'est malheureusement ce que nous montrent plusieurs observations ; dès les premières injections, l'écoulement s'arrête ; si l'on continue les injections régulièrement, il en est de même pendant toute la durée du traitement ; qu'on les cesse un seul jour, l'écoulement reprend comme si rien n'avait été fait.

L'insuffisance d'action des agents antiseptiques entraîne forcément à cette conséquence que les phénomènes inflammatoires réactionnels sont incomplètement éteints et qu'ils peuvent reparaître dès que l'entrave au développement des gonococci a disparu.

Pour être absolument logique, il faudrait, au début de la blennhorrhagie, ou bien détruire complètement et rapidement les microbes pathogènes, ou bien rendre le terrain où ils se développent réfractaire à leur évolution, Quand nous essayons de répondre pratiquement à ces indications, nous voyons que le contact d'une substance antiseptique avec la surface de l'urèthre est insuffisant. La raison en est probablement que les cellules épithéliales de l'urèthre, ainsi que le montre la physiologie, sont réfractaires à l'absorption de liquides purs ou tenant en dissolution diverses substances chimiques. L'idéal serait de trouver une substance antiseptique ou un véhicule de cette substance, qui pût par absorption pénétrer jusque dans la profondeur de la muqueuse uréthrale.

A défaut de ce moyen, on pourrait songer à détruire mécaniquement l'épithélium de l'urèthre. Ainsi, qu'on nous pardonne l'expression, l' « écouvillonnage » de la portion antérieure du canal permettrait, peut-être, même dans les deux ou trois premiers jours de la blennorrhagie confirmée, la destruction complète des microbes pathogènes. Nous ne savons pas que l'on ait eu encore recours à ce moyen.

L' « écouvillonnage » a le grand avantage de desquamer toute la muqueuse uréthrale, de détruire complètement

l'épithélium et de permettre immédiatement au liquide antiseptique de pénétrer dans les replis et les cryptes où se réfugient et se développent les microbes pathogènes.

Notre procédé opératoire a été le suivant : nous avons pris un écouvillon en crin semblable à ceux dont on se sert pour nettoyer les tuyaux de pipes, mais nous avons fait en sorte que notre instrument corresponde comme calibre à une sonde n° 11 de la filière Charrière ; en effet, s'il est plus petit, il ne remplit pas toutes les conditions nécessaires pour donner le résultat voulu ; s'il est plus grand comme diamètre, il a beaucoup de peine à pénétrer dans le canal, opère trop violemment sur la première moitié de la portion spongieuse, et pas du tout sur la seconde.

L'instrument une fois choisi et préparé, nous avons fait coucher le malade ; une injection uréthrale de chlorhydrate de cocaïne en solution au 1/20e a été pratiquée et nous l'avons laissée séjourner cinq minutes afin d'éviter ainsi les phénomènes douloureux. Puis prenant notre écouvillon comme une sonde ordinaire, nous l'avons introduit lentement en le faisant tourner à la manière d'une vis ; nous l'avons retiré de même. L'instrument, après avoir parcouru toute la portion pénienne de l'urèthre est revenu teinté de sang et a ramené de minces débris épidermiques.

Cette petite opération s'est faite sans déterminer de souffrance. L'écouvillonnage une fois pratiqué, nous avons fait aussitôt une injection tiède de sublimé au $\frac{1}{10000^e}$ qui, elle, a été un peu douloureuse. On a continué ensuite à donner trois injections par jour.

Voici d'ailleurs le résumé des observations des deux malades qui ont servi à l'expérience. Ils appartenaient tous les deux au service de notre savant maître, M. le docteur Ch. Mauriac, médecin à l'hôpital du Midi.

Obs. I. — C... Henri, 19 ans, teinturier, est entré le 2 septembre, salle 10, lit 5, pour une blennorrhagie datant de cinq jours et un paraphimosis réduit à la consultation.

Écoulement très abondant, de couleur verdâtre, avec un peu de douleur de la portion antérieure du canal.

Le 5 septembre, injection dans le canal d'une solution de cocaïne au $\frac{1}{20^e}$; aussitôt après cette injection, l'écouvillonnage est pratiqué et, après l'écouvillonnage, injection de sublimé au $\frac{1}{10\,000^e}$. Le même jour, un peu de douleur à la miction.

Le 6 septembre, le malade a passé sept heures sans oser uriner, puis, à quatre heures de l'après-midi, miction très peu douloureuse suivie de trois autres pendant la nuit.

Le 7, l'écoulement est très minime et blanc.

Le 8, miction tout à fait normale, un peu de douleur au méat, écoulement rare, très épais.

Le 10, l'écoulement a cessé complètement pendant la nuit.

Le 11, il reparaît assez abondant; mais clair et blanc.

Le 12, disparition totale de l'écoulement.

Le malade sort le 16, l'écoulement n'a pas reparu; le malade n'éprouve aucune douleur; on lui avait recommandé très expressément de revenir, si le moindre écoulement reparaissait, et le malade avait promis de nous informer si sa blennorrhagie revenait, même dans les proportions les plus minimes. On ne l'a pas revu, ce qui nous permet de croire à sa guérison définitive.

Obs. II. — B... Antoine, 24 ans, garçon d'hôtel, est entré le 27 septembre dans le service pour une blennorrhagie au 4e jour.

L'écouvillonnage fut fait seulement dans les deux tiers antérieurs de la région spongieuse. Le malade ne souffrait que dans l'extrémité antérieure de la verge.

Dans la première journée qui suivit l'écouvillonnage (3 octobre) et la première injection de sublimé, le malade ressentit un peu de douleur à la miction.

Le 4, l'écoulement très clair ne se produit plus qu'à de rares intervalles.

Le 11 l'écoulement cesse. Le malade sort le 16, sans que son écoulement ait reparu. Le malade, qui avait promis de venir nous voir si son écoulement reparaissait, n'a plus donné de ses nouvelles. Comme il se préoccupait énormément de sa maladie, il serait certainement revenu dans le cas de guérison incomplète.

Ces deux cas sont les seuls que nous ayons pu observer, parce que les malades ne viennent jamais à l'hôpital que quand ils ont en général épuisé toute la thérapeutique des pharmaciens, voire même des herboristes, et ce fait explique comment il est très rare, sinon impossible, de se procurer à la consultation hospitalière des malades ayant

une blennorrhagie qui date par exemple de quinze, vingt-quatre ou quarante-huit heures.

C'est sur des malades de cette dernière catégorie que nous aurions voulu opérer, et opérer sur une vaste échelle. Nous aurions pu dès lors étudier à fond la question de l'écouvillonnage précédant les injections de sublimé, et, après étude comparative et complète d'un certain nombre de malades, nous aurions pu formuler des opinions qui auraient eu une base sérieuse appuyée sur de nombreuses expériences.

Toutefois, les deux malades dont nous avons rapporté les observations nous ont été utiles en ce sens qu'ils nous ont permis, sinon de formuler des indications nettement définies, au moins de constater plusieurs faits intéressants qui justifient notre méthode et qui sont les suivants :

a) L'écouvillonnage précédé d'une injection de cocaïne à 1/20e a été très peu douloureux ; il peut donc parfaitement être employé dans la pratique.

b) L'écouvillonnage n'a produit d'autres désordres qu'un peu de douleur et qu'une petite gêne à la miction pendant la journée où il a été pratiqué ; il n'a point par conséquent rendu la miction impossible, ni même vraiment douloureuse, complications dont la crainte ne nous laissait pas sans quelque appréhension.

c) Enfin, l'écouvillonnage suivi des injections de sublimé a agi de la façon la plus efficace chez nos deux malades, quoique les écoulements fussent des plus virulents, et que les blennorrhagies fussent déjà dans la période d'augmentation. Après sept jours d'injections chez un malade, après huit jours chez l'autre, l'écoulement avait définitivement disparu.

Uréthrite survenue chez un convalescent de fièvre typhoïde,

Par M. le docteur E. Legrain.
Médecin stagiaire au Val-de-Grâce.

Observation. — J..., caporal au 79e de ligne, entre le 12 février 1888 à l'hôpital militaire de Nancy, dans le service de M. le docteur Bar, médecin-major de première classe, pour une fièvre typhoïde ayant déjà quatre jours d'invasion; la fièvre évolue sans complications spéciales et le malade rentre en convalescence vers le 1er mars. Le 21 mars, après avoir ressenti depuis plusieurs jours de la douleur en urinant, il remarque une goutte blanchâtre au méat. Pendant les quelques jours qui suivent, l'écoulement est considérable, et la douleur, pendant la miction, assez intense; le premier jet surtout est douloureux.

Puis rapidement l'écoulement diminue d'abondance et les douleurs deviennent moins fortes. Le 26 mars, le malade s'aperçoit, après avoir uriné, qu'un filament muqueux, légèrement sanguinolent, pend au méat. Il présente alors les symptômes de la cystite du col. Mais les phénomènes s'amendent rapidement et, trois semaines après le début de l'écoulement, le malade sort de l'hôpital complètement guéri. Aucun traitement n'a été institué contre cette uréthrite. Le malade était absolument indemne de toute affection vénérienne et n'avait eu que des végétations.

J'ai pratiqué à quatre reprises différentes l'examen bactériologique de l'écoulement. Sur aucune de mes plaques il ne s'est développé de colonie de bacille typhique. J'ai obtenu, par contre, de nombreuses colonies du *Micrococcus ochroleucus*, du *Diplococcus subflavus*, du *Microcoque blanc à colonies foliacées*, et surtout du *Micrococcus pyogenes aureus*. Les colonies de cette dernière espèce étaient très nom-

breuses, et plusieurs des tubes de gélose, ensemencés directement avec le pus uréthral, donnèrent des cultures où le *M. pyogenes aureus* existait à l'état de pureté.

Aucun gonocoque. Aucune bactérie contenue dans l'intérieur des globules de pus.

Les globules de pus, dans ce cas, différaient sensiblement de ceux qu'on trouve dans le pus de la blennorrhagie : ils étaient plus volumineux, contenaient des noyaux moins nombreux, mais très diffluents.

Quant à l'étiologie de cette uréthrite, je ne puis avoir la prétention de l'élucider d'après l'étude d'un seul cas ; je ne ferai qu'émettre une hypothèse à ce sujet.

La fièvre typhoïde se présente comme le processus morbide qui réunit au plus haut degré les causes prédisposantes et occasionnelles de la gangrène (Patry, Chauveau). Bernutz et Goupil, Spillmann, etc., ont signalé la gangrène de la vulve consécutive à cette affection. Or, rien n'empêche de supposer que des phénomènes nécrosiques du même ordre puissent se passer du côté de la muqueuse uréthrale. Là, les bactéries nombreuses de l'urèthre sont les agents de la transformation de la gangrène sèche en gangrène humide qui s'accompagne alors d'une véritable suppuration due au développement du *Micrococcus pyogenes aureus*.

Cette hypothèse concorde avec les faits : L'écoulement a été teinté de sang pendant plusieurs jours, ce qui laisse supposer une altération notable de la muqueuse, altération à la faveur de laquelle a pu se développer le microcoque ordinaire du pus. On sait en effet que ce dernier ne détermine de suppuration dans l'urèthre que lorsque sa pénétration dans la muqueuse a été favorisée par une cause occasionnelle, telle qu'un traumatisme léger. Le *Micrococcus pyogenes aureus* sur une muqueuse uréthrale saine ne paraît pas être nocif.

REVUE CRITIQUE

De la palpation du rein.

Israël, de Berlin, a publié, il y a quelques mois, un travail sur la palpation du rein. Ce sujet étant tout d'actualité, nous croyons devoir consacrer à ce mémoire plus qu'une simple analyse (1).

On se livre aujourd'hui sur le rein à des interventions chirurgicales auxquelles on n'aurait même pas pensé il y a dix ans. Pour faire des progrès dans cette voie, il ne faut pas s'absorber dans la contemplation des résultats acquis, mais il faut chercher avec soin la cause des échecs, encore trop fréquents. On arrive ainsi à constater que ces revers ne tiennent ni à la technique opératoire ni aux pansements. Leur cause est dans l'insuffisance de nos connaissances préalables sur l'état anatomique exact des lésions. L'avenir de la chirurgie rénale dépend de la finesse du diagnostic. Or, à ce point de vue, la palpation est une méthode des plus précieuses.

Aux notions classiques sur les rapports du rein, Israël ajoute la suivante : si on élève une verticale passant par le milieu de l'arcade de Fallope, l'extrémité inférieure du rein se trouve sur cette ligne, à deux doigts au-dessous du rebord costal. C'est là qu'il faudra déprimer la paroi abdominale pour aller à la rencontre de la face antérieure du rein.

1° *Le rein non hypertrophié est-il accessible à la palpation?* — C'est une question fort importante, et pour déter-

(1) Israel. *Ueber Palpation gesunder und kranker Nieren*, Vortrag gehalten am 13 december 1888 im Verein fur Heilkunde, *in extenso, in* Berl. klin. Woch. 1889, n°s 7 et 8, pp. 125 et 156. Nous empruntons cette analyse à la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, où l'on trouvera en outre le résumé d'une clinique de M. le professeur Guyon (p. 88) et un travail de M. Glénard (p. 122) sur le même sujet.

miner quel est l'état d'un rein quand on veut intervenir sur l'autre, et pour reconnaître certaines lésions qui ne s'accompagnent pas d'augmentation de volume, ainsi que cela est le cas pour quelques calculs, pour quelques tumeurs au début, ne s'annonçant que par une légère proéminence. Il serait donc important de pouvoir palper un rein peu ou pas hypertrophié et non luxé.

Cette possibilité exige des conditions spéciales : peu de graisse, peu de tension des parois abdominales, soit du fait des muscles, soit du fait de l'intestin ; dimension suffisante de l'espace entre la crête iliaque et le rebord costal ; forte lordose physiologique dorso-lombaire, car alors le rein est porté en avant. Cette dernière condition est réunie chez les femmes qui ont une forte inclinaison du bassin. Il faut vider entièrement l'intestin, car des masses fécales dures situées dans le côlon peuvent être une cause d'erreur ; de plus, on diminue ainsi la tension abdominale. Si les muscles résistent, on peut user du chloroforme, mais on se prive ainsi de l'aide que fournissent les profondes respirations volontaires.

Les méthodes de palpation sont au nombre de trois : la palpation bimanuelle dans le décubitus dorsal ; le ballottement rénal de Guyon ; la palpation dans le décubitus latéral.

Pour la palpation bimanuelle, nous renverrons à la description, plus précise que celle d'Israël, de M. Guyon. Une différence est à signaler cependant : Israël conseille de placer la main antérieure un peu moins près de la ligne médiane, la pointe du médius au point où la dixième côte s'unit au rebord costal. Pour le ballottement, nous n'avons rien à ajouter.

Ces deux méthodes sont indispensables lorsqu'il y a une tumeur appréciable, mais pour le rein non hypertrophié et non déplacé ne donnent de résultats que dans des cas exceptionnels. Alors Israël préconise un troisième procédé.

Le malade est dans le décubitus latéral, sur le côté non examiné, position où les muscles sont relâchés et où le rein exploré tend, de par son poids, à se porter en bas et en avant. Les membres inférieurs sont en légère flexion. Le patient respire largement la bouche ouverte. Pour explorer la région gauche, le chirurgien se place à la droite du lit, la face tournée vers la tête du malade. Il met les doigts de la main droite à plat sur la région lombaire gauche: la main gauche sur le point correspondant de la paroi abdominale antérieure, de façon que le bout de l'index et du médius soit à deux doigts au-dessous du point de réunion des neuvième et dixième cartilages costaux. Puis, tandis que la main droite appuie sur la région lombaire, on fait faire au malade des inspirations profondes et on appuie au moment où débute l'expiration. On appuie doucement, de la main mise bien à plat, en même temps que les doigts allongés font de légers mouvements de flexion dans les articulations métacarpo-phalangiennes. Le bout du doigt arrive ainsi peu à peu au-dessus de l'extrémité inférieure du rein, lorsque cet organe est dans la position la plus basse, c'est-à-dire à la fin de l'inspiration; on sent l'organe s'élever pendant l'expiration, et c'est précisément ce léger mouvement qui permet la perception. Une fois atteinte de la sorte l'extrémité inférieure, on palpe la face antérieure, lorsque va commencer l'expiration, car c'est alors que la surface accessible est *maxima*. Les mouvements d'ascension et de descente font sentir avec netteté les irrégularités que peut présenter cette surface.

Israël insiste sur les mouvements synchrones à ceux de la respiration. Il les a aussi constatés pendant les néphrotomies. Il est erroné, par conséquent, de les considérer comme caractéristiques des tumeurs du foie et de la rate.

Par cette méthode, on peut palper le tiers inférieur ou même la moitié d'un rein normal. On sent alors un corps convexe, lisse, à bords mousses (ce qui est une différence avec le foie et la rate). Si, palpant à gauche, nous trouvons

un organe à bord tranchant, nous saurons que c'est la rate : que nous palpons, par conséquent, trop superficiellement et trop latéralement. Souvent, à droite comme à gauche, nous ne saurons exactement ce qui appartient au foie ou à la rate et ce qui dépend du rein, que si nous réussissons, ce qui est le plus souvent possible, à introduire le bout des doigts entre les deux organes : la face palmaire touche le rein, et la face dorsale sent le foie ou la rate. Pour ces palpations subtiles on n'arrive qu'avec le temps à une analyse exacte, en perfectionnant peu à peu cette analyse par des explorations successives, à mesure qu'on enregistre des sensations nouvelles.

Israël rapporte quelques observations où il a eu recours avec succès à la palpation du rein sain. Ainsi chez un garçon de 14 ans auquel, après vérification d'un côté, il a extirpé un sarcome rénal du côté opposé. Une autre fois, on lui a adressé une malade qu'on croyait atteinte d'un rein flottant : il a senti par le palper le rein non déplacé, isolé de la tumeur, et une incision exploratrice a vérifié qu'il s'agissait d'un lobe flottant du foie.

Voici deux faits relatifs à des inégalités de la surface antérieure du rein non hypertrophié. L'un concerne une femme de 35 ans, maigre, chez laquelle fut sentie une bosselure dure dans l'extrémité inférieure du rein droit : la dureté fit penser à un calcul qui fut enlevé par la néphrolithotomie. La malade mourut, et à l'autopsie il fut reconnu que le rein n'avait que 11 centimètres de long. L'autre observation est bien plus importante. Sur un homme de 21 ans, atteint d'hématuries profuses, Israël sentit sur le rein gauche une petite élevure qui en 4 semaines acquit le volume d'une demi-cerise : cet accroissement fit diagnostiquer un cancer, vérifié après néphrectomie. Et, 22 mois après cette opération, d'une grande précocité, il n'y a pas de récidive.

2° *Il y a une tumeur manifeste.* — En pareil cas, deux questions se posent. S'agit-il du rein ? Quelle est la nature de la

tumeur? Le mot tumeur est pris ici dans son sens vulgaire de grosseur quelconque. Israël fait abstraction du rein flottant et du rein en fer à cheval.

La palpation bimanuelle prouve que la tumeur occupe à la fois les lombes et l'abdomen. Mais ce mode d'exploration est sujet à des erreurs. Le ballottement rénal de Guyon est plus significatif, car il exige un contact direct de la tumeur avec la fosse lombaire. Mais ce symptôme si important fait défaut sur les grosses tumeurs qui remplissent tout l'abdomen et qui dès lors sont constamment au contact de la paroi abdominale antérieure. Il nécessite en effet un certain écartement entre la tumeur et la paroi, pour que la tumeur puisse, pour ainsi dire, prendre sa course, avant de venir choquer la paroi. Or le diagnostic des grosses tumeurs est difficile. La palpation dans le décubitus latéral devient alors importante, d'autant plus que dans cette position l'action de la pesanteur agit, écartant la tumeur du foie ou de la rate, en sorte que l'on peut insinuer le doigt entre ces organes.

Pour déterminer que la tumeur est rétro-péritonéale, les connexions avec le côlon ascendant à droite, le côlon descendant à gauche ont une valeur réelle. Ordinairement, en effet, le pli du méso-côlon se forme sur la face antérieure du rein, et les tumeurs rénales se développent entre les deux feuillets du repli séreux dédoublé. Dès lors, le côlon est appliqué à la face antérieure de la tumeur. Pour cette constatation, la percussion est insuffisante; mais au palper on sent, si l'intestin est vide, un cordon longitudinal, aplati, qui roule sous le doigt. On peut encore s'assurer de la chose en insufflant l'intestin par le rectum. Malgré quelques exceptions signalées plus loin, quand ce symptôme existe il est important. Mais il fait assez souvent défaut, à droite surtout où le côlon, qui normalement s'élève peu sur la face antérieure du rein, est souvent refoulé en bas, ou en bas et en dedans. On peut encore signaler la forme rénale que conservent souvent les tumeurs de reins.

Tous ces symptômes sont précieux. Mais ils sont en défaut pour les grosses tumeurs qui remplissent l'abdomen. Alors le ballottement est absent ; le côlon est inaccessible, dévié qu'il est en dedans ou caché dans une gouttière du néoplasme ; la séparation entre la tumeur et les organes voisins est difficile à établir, aussi les erreurs de diagnostic sont-elles nombreuses. Avec des tumeurs rétro-péritonéales d'abord ; tumeurs rares, d'origine obscure, dont les signes physiques sont en somme ceux des tumeurs du rein et dont le diagnostic n'est possible que si on trouve à côté le rein normal, repoussé en avant.

Les confusions avec les tumeurs de l'ovaire sont fréquentes. Certes, ces tumeurs sont ordinairement devant l'intestin, mais ce signe peut exister dans les tumeurs du rein ; et d'autre part l'inverse peut avoir lieu lorsque l'ovaire est en cause. En pareil cas, il faut chercher avec soin les connexions avec les organes pelviens, à l'aide d'un toucher minutieux du vagin et du rectum. Israël signale une particularité spéciale : deux fois il a vu des kystes de l'ovaire se rompre pendant l'exploration et s'affaisser sous la main du chirurgien, comme certaines hydronéphroses. Mais s'il s'agit d'un kyste de l'ovaire la vessie ne se remplit pas à ce moment, et d'autre part on constate qu'il vient de se produire un épanchement libre dans la cavité abdominale.

L'intestin peut s'insinuer entre la paroi abdominale antérieure et les tumeurs hépatiques ou biliaires. Le fait est rare, mais réel. Ainsi, on a vu une anse d'intestin grêle prendre en travers, en avant, le col d'une vésicule biliaire distendue ; et on a conclu dès lors à une hydronéphrose. L'existence d'une zone de sonorité entre le foie et la tumeur n'est donc pas pathognomonique d'une tumeur rétro-hépatique. En outre, on sent parfois dans les hydropisies de la vésicule, dans les kystes hydatiques, que le bord tranchant du foie est assez isolé de la tumeur : mais si la tumeur dépend du foie, on ne peut pas insinuer les doigts entre elle et la face inférieure de la glande.

Autre cause d'erreur. Dans les tumeurs volumineuses de la vésicule, le foie subit une rotation sur son axe antéro-postérieur et le lobe droit s'enfonce profondément dans la région lombaire. Le bord tranchant devient oblique en haut et à gauche. Une pression de la vésicule se transmet au lobe droit, et on croit facilement à une tumeur lombo-abdominale : l'absence de ballottement a alors une grande valeur.

Pour le diagnostic de la nature de la tumeur rénale, la palpation donne des renseignements moins précieux. Comme phénomènes pathognomoniques mais exceptionnels, Israël signale le frémissement hydatique ; la collision de calculs multiples (il en donne une observation personnelle) ; l'évacuation d'une hydronéphrose ou d'une pyonéphrose sous l'influence des pressions manuelles. Mais en général les signes physiques ne méritent pas une confiance absolue. La fluctuation manque dans les tumeurs liquides très tendues, et existe souvent dans les sarcomes médullaires des enfants. Les tumeurs liquides sont ordinairement lisses, les cancers étant bosselés : mais l'inverse est possible, et l'on a vu, par rétention, des calices développés inégalement former des inégalités, moins irrégulières il est vrai et de consistance moins variable suivant les points.

Dr A. BROCA.

REVUE DES JOURNAUX

PRESSE FRANÇAISE

1° EXPLORATION MANUELLE DU REIN, par le docteur FRANTZ GLÉNARD (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 22 février 1889.) — L'auteur précise dans cet article certains détails de son pro-

cédé d'exploration manuelle du rein et insiste principalement sur ce fait qu'il s'est toujours servi des deux mains à la fois pour sa *palpation néphroleptique*. « J'étreins, dit-il, largement et solidement de la main gauche (pour la recherche du rein droit), pouce en avant, médius en arrière, la zone des parties molles immédiatement sous-jacente au rebord costal. Les doigts forment ainsi un anneau étroit, qui sera complété à sa partie interne, en arrière par la colonne vertébrale, en avant par la main droite ; celle-ci déprime en effet la paroi antérieure dans le prolongement du pouce gauche, qui se trouve à la hauteur et au-dessous de l'extrémité de la neuvième côte droite, la main droite étant chargée surtout de déprimer, le pouce gauche surtout chargé de palper. C'est à ce pouce gauche que doit être dévolu le rôle intelligent. Lorsque la néphroptose paraît avoir atteint la limite inférieure de son incursion, sous l'influence d'une forte inspiration, on augmente brusquement la constriction exercée à travers les tissus par les doigts, en rapprochant le plus possible l'une de l'autre les extrémités du médius et du pouce gauches. Pendant ce temps, la main droite veille à ce que la ptose ne soit pas déviée vers la ligne médiane et n'échappe ainsi à la pression ou à la préhension de la main gauche. »

M. Glénard affirme que son procédé est toujours réalisable, même si le ventre est gros, à condition qu'il soit en même temps flasque et dépressible ; s'il est tendu, aucun procédé ne peut éclairer sur la mobilité du rein.

En outre, il ne prétend pas sentir l'extrémité inférieure du rein passer et repasser dans l'anneau vivant qui forme la main, puisqu'il dit plus loin : « Le diagnostic du premier degré ou pointe de néphroptose serait contesté par tout médecin qui serait appelé à le contrôler sans avoir déjà par devers lui une grande expérience de la palpation du rein mobile. Car, dans ce cas, on ne sent pas le pôle inférieur du rein. Il ne s'agit plus ni de capture ni de sillon ; c'est à la fin du temps d'affût, au moment où l'on espère saisir la ptose, que l'on sent profondément un corps orbe, lisse, dur, du volume d'une noix, qui, sous l'influence de la pression brusque exercée par les extrémités du médius et du pouce gauches (pour le rein droit), saute comme une bille et s'échappe en haut, en laissant aux

doigts une sensation analogue à celle qu'ils éprouvent lorsqu'ils viennent de projeter par pression un noyau de cerise. Telle est, pour moi, la pointe de néphroptose ou néphroptose du premier degré, car on ne peut atteindre le rein lorsqu'il est normal. »

Dans le deuxième degré de la néphroptose, on peut, suivant M. Glénard, retenir et « capturer » entre les doigts le rein que vient d'abaisser l'inspiration, tandis que, au premier degré, il est si peu abaissé qu'il glisse en haut sans pouvoir être retenu. Dans le troisième degré, il est possible de pincer l'hypochondre au-dessus du rein et de déprimer un sillon entre le rein et le foie.

Se basant sur une statistique personnelle de 1 373 malades, l'auteur a trouvé que, sur 100 cas de néphroptose, 88 appartenaient à des femmes et 12 seulement à des hommes. Dans le tiers des cas environ, la néphroptose n'atteint que le premier ou le deuxième degré.

2° Cancer du rein, leçon clinique faite à l'hôpital de la Pitié, par le docteur Lancereaux, recueillie par le docteur Alb. Mathieu (*Gaz. des hôp.*, 14 février). — A propos de l'observation d'un malade de son service qu'il rapporte, M. Lancereaux étudie les différents symptômes des cancers du rein : l'hématurie, la polyurie, les caractères de la tumeur fournis par la palpation méthodique, les phénomènes douloureux et atrophiques d'ordre nerveux, le varicocèle symptomatique et l'œdème des jambes. Ces deux derniers symptômes avaient manqué chez son malade, parce que la veine rénale était encore perméable et la lumière de la veine cave simplement rétrécie.

Passant ensuite à l'étude histologique des tumeurs malignes du rein, M. Lancereaux établit leurs deux origines distinctes, épithéliale ou conjonctive, c'est-à-dire provenant du feuillet externe (ou interne) ou du feuillet moyen du blastoderme. Les néoplasies épithéliales qui constituent toutes les variétés de cancer appartiennent surtout aux gens âgés : les néoplasies conjonctives où interstitielles, en d'autres termes les sarcomes et les fibro-sarcomes, se rencontrent principalement chez les enfants et les jeunes sujets.

Après avoir fait le diagnostic clinique de ces deux variétés

histologiques, l'auteur aborde la question du traitement chirurgical et insiste sur les mauvais résultats de l'extirpation du rein sarcomateux chez l'enfant et du rein épithéliomateux chez l'adulte; le fibro-sarcome de l'adulte au contraire se prête mieux à l'ablation, en raison de l'absence de propagation ganglionnaire ou de voisinage; aussi, en pareil cas, la récidive est-elle l'exception, si l'intervention est précoce.

Enfin, en terminant, M. Lancereaux établit le diagnostic des tumeurs du rein par la présence du colon au-devant de la masse morbide, et distingue ces tumeurs d'avec les autres affections rénales (lithiase et tuberculose).

3° Étiologie et traitement de l'incontinence nocturne d'urine chez les garçons, par le docteur Oberlaender (*Revue des maladies de l'enfance*, mars 1889). — Suivant l'auteur, l'incontinence nocturne d'urine serait toujours le résultat d'une irritation réflexe qui se produirait sur la muqueuse uréthrale au niveau du sphincter de la vessie.

Partant de ce principe, l'auteur pratique en pareil cas la dilatation forcée du tiers postérieur de l'urèthre et du sphincter vésical et il se sert, dans ce but, d'un dilatateur spécial imaginé par lui. Son travail contient trois observations, dans lesquelles une seule séance de dilatation, chez des garçons âgés de 2, 7 et 14 ans, fit disparaître d'une façon définitive l'incontinence d'urine contre laquelle les autres médications avaient échoué.

4° Réunion immédiate des plaies chirurgicales de la vessie, par le docteur A. Ricard (*Gaz. des hôp.*, 2 mars 1889). — Les trois faits rapportés par l'auteur de cet article appartiennent à la pratique de M. J. Lucas-Championnière. Deux fois la vessie avait été largement ouverte dans des opérations de cure radicale de hernie : trois plans de sutures perdues furent pratiqués. Dans le premier cas, où ces plans avaient été parfaits, la plaie vésicale fut réunie sans accident; dans le second cas, où le troisième plan de sutures était moins régulier, il y eut au bout de quelques jours une fistule urinaire qui se ferma d'ailleurs en deux semaines.

Enfin, chez un troisième malade, âgé de 44 ans, la même

suture à triple étage fut exécutée par une taille hypogastrique; dès le lendemain matin, l'opéré urinait seul et librement, aucune sonde n'ayant été laissée à demeure et un seul cathétérisme ayant été fait le premier soir. Depuis lors, la miction a toujours été normale, sans aucun phénomène vésical, et le malade a quitté l'hôpital vingt jours après l'opération. Ce fait constitue, en France, un des rares, sinon l'unique cas de suture vésicale après la taille sus-pubienne ayant donné un pareil succès.

5° UNE INDICATION DE LA TAILLE HYPOGASTRIQUE, par le docteur BAZY, chirurgien des hôpitaux (*Gaz. des hôp.*, 26 mars 1889). — La malade dont il s'agit était une femme de 39 ans; ses hématuries avaient débuté lorsqu'elle avait 20 ans, et elles avaient suivi une marche des plus irrégulières, disparaissant pendant cinq années, puis deux années consécutives, pour reparaître ensuite sans cause appréciable. Dans les derniers temps, l'anémie était extrême et, les moyens médicaux ayant échoué, une prompte intervention chirurgicale s'imposait; bien que la palpation bimanuelle et l'exploration intravésicale avec la sonde métallique d'abord, avec le cystoscope de Leiter ensuite, n'eussent rien fait découvrir, la vessie devait être le siège de l'hémorrhagie, d'après les caractères de cette dernière.

La taille hypogastrique fut pratiquée, et l'on ne trouva, près de l'orifice uréthral gauche, qu'une ulcération antéro-postérieure, longue de 1 centimètre, large de 2 millimètres à peine, à bords légèrement soulevés et qui fournissait du sang : elle fut simplement touchée avec le thermo-cautère. La plaie vésicale fut fermée par une série de cinq sutures en bourse, chacune d'elles empiétant sur la précédente, à l'aide de catgut n° 2. Sonde à demeure; fixation d'un drain dans la cavité de Retzius seulement. Suites opératoires parfaites : l'opérée quittait l'hôpital au bout de six semaines avec des urines absolument limpides.

Durant la convalescence, il s'était produit une poussée passagère de néphrite à droite. M. Bazy l'attribue à ce que, dans le cours de l'opération, il avait cathétérisé l'uretère droit : cette opération, qui avait été simple et facile, la vessie étant largement ouverte, avait été cependant pratiquée avec une petite

sonde en gomme n° 10, absolument neuve et parfaitement aseptique.

6° De l'endoscopie de l'urèthre et de la cystoscopie, par le docteur J. Verhoogen (*Journal de médecine de Bruxelles*, 20 mars 1889). — C'est surtout l'endoscope uréthral de Grünfeld et de Dittel (de Vienne) que l'auteur étudie : il décrit l'instrument et sa manœuvre dans les deux urèthres et préconise chaudement son emploi dans les différentes formes d'uréthrite chronique, que les lésions de la muqueuse soient simplement épithéliales ou granuleuses, ou herpétiques, etc. M. Verhoogen détaille avec beaucoup de soin tout ce qu'on voit avec l'endoscope dans ces divers cas, et il affirme la haute utilité de cet appareil en présence de chancres ou de polypes de l'urèthre, de rétrécissements difficiles à franchir et dont on aperçoit ainsi l'orifice. Enfin, avec l'endoscope, dit-il, on est sûr de localiser avec certitude aux seuls points du canal qui sont malades l'application et l'action des substances modificatrices.

En terminant, l'auteur montre comment l'endoscope uréthral de Grünfeld peut se transformer facilement en cystoscope, et il parle également de l'appareil plus compliqué de Nitze et Leiter; mais, tout en leur reconnaissant certaines indications, il regarde ces instruments comme beaucoup moins utiles dans la pratique que l'endoscope uréthral.

7° Éruption polymorphe consécutive a la fièvre urineuse, par le docteur Trossat, de Chalon-sur-Saône (*Lyon médical*, 2 décembre 1888). — L'auteur croit que la fièvre urineuse peut non seulement se compliquer des symptômes bien connus de l'infection purulente, mais s'accompagner de manifestations cutanées, et il s'appuie sur l'observation suivante :

Un homme de 58 ans, porteur depuis de longues années d'un rétrécissement blennorrhagique, est atteint de rétention et n'urine que par regorgement; fièvre légère, mais constante, depuis six semaines, soif vive, langue saburrale, amaigrissement, sécheresse et teinte jaunâtre des téguments.

Le malade refusant toute autre intervention chirurgicale, on se contente de vider prudemment et méthodiquement la vessie avec une fine sonde n° 5, la seule qu'admette la stricture;

l'urine évacuée est purulente. Ces cathétérismes réguliers déterminent une amélioration notable, mais seulement momentanée, dans l'état du malade. A la suite d'un cathétérisme douloureux et infructueux, exécuté par le patient lui-même, éclate un violent accès de fièvre avec grand frisson. Le thermomètre monte d'emblée à 40°,2 et se maintient pendant une semaine au-dessus de 39° ; puis il baisse progressivement et tombe au-dessous de 37° quelques heures avant la mort, qui survient le dixième jour.

C'est au sixième jour de la fièvre qu'étaient apparues sur la fesse gauche trois phlyctènes de la dimension d'une pièce d'un franc et remplies de sérosité sanguinolente. En même temps, sur les membres inférieurs et sur le devant de la poitrine, se montraient de nombreuses taches noirâtres que la pression du doigt ne faisait pas disparaître et qui conservèrent jusqu'à la fin le caractère purpurique. Enfin, 36 heures avant la mort, une nouvelle éruption se produisit au niveau du pubis et sur la face; c'étaient des papules plus volumineuses que celles de la variole, dont quelques-unes suppurèrent et se vidèrent en quelques heures de leur contenu en laissant le derme à nu et profondément entamé. M. Trossat ajoute que, contrairement à l'opinion de Civiale, pour lequel en pareil cas l'éruption pustuleuse serait la conséquence d'une diaphorèse abondante, son malade n'a jamais eu de sueurs profuses.

8° Traitement abortif de l'uréthrite blennorrhagique, par le docteur X... (*Journal de la Soc. de méd. et de pharm. de l'Isère*, décembre 1888). — En présence d'un écoulement uréthral séro-purulent, dont le début remontait à deux jours et qui s'accompagnait de douleurs vives avec lèvres du méat rouges, gonflées et renversées en dehors, l'auteur de cet article non signé commence par laver le canal à l'eau distillée; puis il y injecte quelques grammes d'une solution de cocaïne au 10e, qu'il y laisse séjourner environ cinq minutes. Comprimant ensuite la verge au niveau de sa racine, il pousse à canal ouvert une injection de nitrate d'argent (solution au 25e), en plaçant immédiatement sur le gland un dé à coudre de façon que le méat reste baigné dans la solution argentique. Le liquide médi-

camenteux, laissé dans l'urèthre pendant dix minutes, ne détermine aucune douleur, ni pendant, ni après l'opération. Au bout de trois jours, on répète les mêmes injections, qui sont aussi indolores que la première fois. Cette fois encore, l'écoulement disparait le soir même de l'opération, mais pour reparaître le lendemain. Au sixième jour, il avait presque complètement disparu et le canal était à peine sensible. C'est alors que des injections extrêmement faibles au sulfate de zinc (solution au 500e) furent répétées quatre ou cinq fois par vingt-quatre heures pendant neuf ou dix jours et firent disparaître l'écoulement d'une façon définitive. La durée totale du traitement avait donc été d'une quinzaine de jours.

9° Gonocoques latents et gonocoques cachés, par les docteurs Diday et Doyon (*Lyon médical*, 16 décembre 1888). — Sous ce titre, les auteurs résument, dans un article fort spirituellement écrit, suivant leur habitude, les résultats des dernières recherches sur la localisation des colonies gonococciennes dans les organes génitaux de la femme. On sait que l'école lyonnaise, et notamment MM. Horand, Aubert, Eraud, etc., ont pris une large part à ces recherches, dont les résultats s'accordent d'ailleurs avec ceux obtenus simultanément par différents gynécologues allemands, M. Steinschneider entre autres. Ces auteurs admettent aujourd'hui que chez la femme :

1° La localisation la plus fréquente du gonocoque est l'urèthre;

2° Ce microbe ne s'acclimate pas sur la vulve;

3° Il ne vit guère, excepté chez les petites filles, sur la muqueuse du vagin (à cause de la réaction acide de sa sécrétion et de l'épaisseur de son épithélium pavimenteux);

4° Il prospère et subsiste longtemps dans la cavité du col ainsi que dans celle du corps de l'utérus.

10° Traitement des orchi-épididymites, par le docteur L. Jullien (*France médicale*, n° 10, 1889). — Après avoir tracé l'historique du suspensoir ouato-caoutchouté de Langlebert avec les modifications que lui ont fait subir Horand (de Lyon), puis Boulle en 1886, puis Desnos en 1888, M. Jullien expose qu'il a cherché à simplifier les appareils employés jusqu'à présent, en se servant d'un suspensoir de très vastes dimensions taillé

dans la toile caoutchoutée et portant, pour que la constriction puisse être plus efficace, deux incisions latérales pourvues de petites attaches destinées à être nouées ensemble. Sur le scrotum, on applique directement une grande quantité de ouate fine, préférablement hydrophile. L'avantage de ce bandage, c'est que tout malade peut s'en faire lui-même l'application.

Dans l'orchite blennorrhagique, les résultats sont excellents et la sédation des phénomènes douloureux parfois si atroces est presque immédiate. La cessation de la douleur semble moins rapide dans l'orchite ourlienne. Dans la tuberculose, l'inflammation qui accompagne les gommes bacillaires ne tarde pas à tomber : le néoplasme subit un retrait, semble se dégager de l'auréole inflammatoire qui l'entourait, puis reste indéfiniment stationnaire. Aussi, dans le sarcocèle syphilitique, exempt de tout élément inflammatoire, cette manière de faire reste-t-elle le plus souvent infructueuse. De même dans l'hydrocèle, à l'exception des cas à épanchement d'allure subaiguë qui, pour beaucoup, reconnaissant une origine rhumatismale. Mais, après l'injection iodée, la compression abrège considérablement la résolution.

En terminant, M. Jullien, abordant le côté théorique, signale la suspension, la compression, l'immobilisation et la sudation comme les facteurs principaux de la guérison après l'application de son excellent appareil.

11° Présence du gonocoque de Neisser dans un écoulement uréthral survenu sans rapports sexuels, par le professeur Straus (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, mars 1889). — Chez un jeune garçon de 16 ans, n'ayant jamais eu de rapports sexuels avec une femme, mais masturbateur effréné, survient une uréthrite avec écoulement abondant et épais, tachant le linge, balano-posthite très accusée, mictions douloureuses, adénite inguinale. A quatre reprises, et chaque fois à plusieurs jours d'intervalle, le professeur Straus pratique l'examen bactériologique du pus uréthral en colorant les lamelles par la solution hydro-alcoolique de bleu de méthylène ou de fuchsine. Or, toutes les préparations renfermaient des gonocoques types, remplissant les cellules épithéliales et les globules blancs.

Au point de vue clinique, M. Straus se demande si de tels

faits ne pourraient pas arriver à trancher le débat pendant depuis si longtemps au sujet de la blennorrhagie, en donnant raison aux médecins qui pensent que cette affection peut être contractée en dehors de toute contagion et par le seul fait d'une irritation considérable de l'urèthre.

De plus, en se plaçant sur le terrain de la pathologie générale, ne pourrait-on admettre que le gonocoque de Neisser peut exister comme hôte inoffensif dans le canal de l'urèthre sain et que, dans ces conditions, il peut envahir l'épithélium et donner lieu à une blennorrhagie, sous l'influence d'irritations banales? Il en serait de certaines uréthrites comme de certaines pneumonies qui évoluent à la suite de l'envahissement du poumon par la pneumo-bactérie de Fraenkel, laquelle peut se rencontrer dans la salive de sujets sains, prête à jouer son rôle pathogène lorsqu'une cause occasionnelle quelconque a diminué la résistance des organes respiratoires au parasitisme infectieux.

Dr Robert JAMIN.

12° COMMENT MEURENT LES MALADES ATTEINTS D'AFFECTIONS URINAIRES, par M. le professeur GUYON (*Bulletin médical*), 30 janvier 1889.) — Dans cette leçon d'ouverture, M. le professeur Guyon étudie les maladies des voies urinaires auxquelles les malades succombent, abstraction faite des grands traumatismes capables par eux-mêmes de déterminer la mort. C'est d'une façon progressive que le plus souvent succombent les urinaires : la surprise est l'exception. Chez la grande majorité des malades, des lésions bien définies se constituent et ont pour siège principal l'appareil rénal. Les deux reins sont presque toujours atteints. C'est donc par le rein, ou mieux par les reins, que meurent la majorité des malades atteints d'affections de l'appareil urinaire. Cependant, dans les cas d'infections aiguës à évolution rapidement mortelle, les lésions rénales sont peu marquées. Dans les cas ordinaires, les organes urinaires inférieurs, l'urèthre, la prostate, la vessie sont les premiers atteints; ce n'est que secondairement et par lésion ascendante que les reins sont pris. Le professeur présente quatre pièces d'autopsie de sujets jeunes, 17 à 35 ans, lesquels ont succombé aux conséquences de rétrécissements traumatiques : il fait

ressortir la grande différence avec la lenteur de l'envahissement inflammatoire quand il s'agit de rétrécissements organiques. Elle est due au muscle vésical qui, dans le second cas, arrive à vider la vessie complètement pendant longtemps. La cystite par rétention se développe très tardivement chez les rétrécis blennhorragiques. Les faits mettent en évidence l'influence d'un fonctionnement imparfait de la vessie. La vessie a donc un vrai rôle préservateur, et d'un autre côté les affections vésicales peuvent rester sans retentissement grave sur la santé : c'est une erreur de répéter que l'on meurt d'une affection de vessie. Il faut donc mettre tout en œuvre pour localiser la lésion dans la vessie et l'empêcher de se propager d'abord aux uretères, puis aux reins. Le seul élément qui, dans une affection vésicale, peut avoir par lui-même une action sur la santé et la vie des malades, c'est la douleur vive. Elle agit, soit par action réflexe sur les reins, soit par l'état de ténesme qu'elle donne à la vessie. Le renouvellement presque incessant de cet état agit sur les uretères comme la distension par accumulation de grandes quantités de liquide, elle y détermine la stase de l'urine. En résumé, il ne suffit pas que la vessie se vide pour que des accidents d'origine rénale soient évités : il faut qu'elle se vide sans efforts et sans douleur. C'est ce à quoi doit tendre toute thérapeutique rationnelle.

13° Examen chirurgical du rein, par M. le professeur Guyon (*Bulletin médical*, 6 et 10 mars 1889). — Après avoir établi que, pratiquement, la palpation du rein normal peut être considérée comme négative, et que c'est aux états pathologiques que s'adressent les investigations, M. le professeur Guyon préconise les moyens suivants : Le malade est placé sur le dos, les jambes étendues : on obtient ainsi le relâchement musculaire absolu. Une seconde règle rigoureuse, c'est ce que l'auteur a appelé « l'exploration en mesure ». Son principe est d'éviter toute pression pendant l'inspiration et d'utiliser la détente produite par l'expiration pour pénétrer successivement dans les profondeurs du ventre. Il faut pénétrer sous les côtes surtout du côté gauche, en agissant avec la pulpe des doigts. En principe, la palpation bimanuelle doit être préférée. Après avoir détaillé le procédé de M. Glénard, de Lyon, dit procédé

par pincement, M. le professeur Guyon décrit la manœuvre exploratrice dont il fait toujours usage. La main postérieure glisse à plat sur le malade, déprime le matelas et s'applique sur la région lombaire correspondant au rein, c'est-à-dire dans l'angle costo-vertébral. Un ou deux doigts presseront graduellement de manière à pénétrer, par la dépression des parties molles, dans le sinus osseux où se rencontre invariablement le rein. La main antérieure doit être placée parallèlement à la ligne médiane sur le muscle droit, immédiatement au-dessous des cartilages costaux (en les faisant pénétrer à gauche sous les côtes). Si la sensibilité est trop grande, il faut administrer le chloroforme.

L'exploration de l'organe produit les renseignements utilisables suivants :

Le rein, à l'état normal, n'étant nullement sensible à la pression, on a l'indication d'un état morbide, si une pression localisée dans l'angle supérieur du triangle costo-vertébral amène de la douleur. La pression antérieure seule donne peu de résultats. Les deux combinées révèlent quelquefois une sensibilité non obtenue séparément.

Le rein, aussi, à l'état normal, n'est pas senti ; si donc la palpation est positive, c'est que le rein est déplacé ou augmenté de volume. Quand l'augmentation n'est pas très grande, il faut employer ce que M. Guyon a appelé « le ballottement rénal », et qui a déjà été décrit dans les *Annales*.

L'exploration manuelle ne peut renseigner, ni sur la diminution de volume, ni sur l'absence du rein, ni enfin sur les calculs rénaux.

La fin de la leçon est consacrée à une étude complète du diagnostic de l'ectopie rénale. Cette étude a déjà été exposée dans le numéro de septembre 1888 des *Annales*.

14° CONSIDÉRATIONS SUR LES KYSTES SPERMATIQUES DU SCROTUM, par le docteur VAUTRIN (*Revue de chirurgie*, janvier 1889). — M. Vautrin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy, ayant eu à visiter un malade atteint de kyste spermatique du scrotum, a pris cette observation pour base d'une étude sur ce chapitre de pathologie.

Il s'agit d'un homme de 50 ans, très bien portant, sans anté-

cédents vénériens, qui est atteint, à la partie droite du scrotum, d'une tumeur présentant le volume d'un œuf de dinde : celle-ci est ovoïde, arrondie, lisse, régulière, ayant à la partie inférieure un étranglement très manifeste qui est terminé par un lobe beaucoup plus petit que le supérieur. La peau n'est ni rouge ni tendue : elle est mobile sur la tumeur. La fluctuation est nette au niveau du lobe principal : matité partout. Le cordon est senti en arrière de la tumeur et en dedans d'elle. La partie supérieure du testicule semble faire partie de la tumeur. Bref, on a les mêmes sensations que dans les cas d'hydrocèle vaginale. Il n'y a cependant aucune transparence. M. le docteur Vautrin opère comme pour une hydrocèle datant de deux ans, par l'incision antiseptique, pratiquée le 5 février 1887.

Le contenu, examiné au microscope, a un aspect laiteux; il contient des spermatozoïdes; l'enveloppe est très mince; l'observation se termine par une étude très approfondie de l'épithélium, des nodosités et du contenu du kyste.

L'auteur en tire les conclusions suivantes : *Définition*. Les kystes spermatiques sont des tumeurs à contenu liquide, opalin, lactescent, tenant en suspension les spermatozoïdes ou des débris de spermatozoïdes et se trouvant en rapport avec la portion scrotale du canal excréteur du sperme. — *Structure*. La structure du kyste spermatique est analogue à la structure de l'épididyme. — *Siège*. Ils doivent être divisés, au point de vue anatomique, en deux catégories bien distinctes : 1° les kystes intravaginaux, recouverts par la vaginale; 2° les kystes extra-vaginaux, dont on pourrait encore faire deux catégories : *a*, ceux qui siègent au voisinage de l'épididyme; *b*, ceux qui se développent autour du cordon jusqu'à l'orifice inguinal. — *Pathogénie*. L'auteur considère les kystes spermatiques comme formés dans les canaux borgnes dépendant du conduit excréteur du sperme, c'est-à-dire dans les *vasa aberrantia*. — *Traitement*. L'incision et l'ablation antiseptiques.

15° NÉPHRALGIE HÉMATURIQUE; NÉPHRECTOMIE; GUÉRISON, par M. le docteur SABATIER (*Revue de chirurgie*, janvier 1889). — L'observation très détaillée de la malade, qui a été opérée par M. le docteur Sabatier, relate un cas de diagnostic particulièrement difficile, puisque les maladies admises ont été successivement :

rhumatisme articulaire, tuberculose rénale, péritonite tuberculeuse, urémie; hémoglobinurie paroxystique; nervosisme; simulation; néphrite calculeuse. — Comme symptômes, accès de douleurs violentes dans le rein droit, chaque accès suivi d'hématurie; envies d'uriner fréquentes nécessitant le cathétérisme depuis un an. La néphrectomie est pratiquée : le rein est normal et à sa place. Cependant l'opération a calmé la malade, et depuis 25 mois plus de souffrances ni d'hématurie. L'auteur pense qu'il a opéré une *nerveuse*, et comme conclusion que la néphrectomie doit être l'*ultima ratio* quand des interventions moins radicales sont restées stériles.

16° Testicule tuberculeux; castration; guérison de la plaie: généralisation rapide de la tuberculose, par M. le docteur Garnier (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, mars 1889). — Le malade paraissait être dans d'excellentes conditions pour être opéré. C'était un homme vigoureux de 24 ans, n'ayant jamais été malade avant une chute faite au gymnase, huit mois avant son entrée à l'hôpital de Clermont. De plus, il n'y avait chez lui aucune tare héréditaire, et il fut impossible de trouver le moindre symptôme pulmonaire de tuberculose. Ce ne fut d'ailleurs qu'après 5 semaines d'observation et de traitements divers que l'opération fut décidée. A ce moment, le diagnostic de testicule tuberculeux n'était plus douteux. L'opération est faite le 5 mars : le malade part en congé de convalescence le 6 avril et succombe à la fin de juillet à une tuberculose généralisée. L'auteur, devant ce fait, pense qu'il faut être très prudent et que, malgré l'opinion d'autorités médicales justement appréciées, malgré les succès obtenus, l'extirpation hâtive n'est pas toujours indiquée.

17° Traitement de l'hématurie; fausses routes uréthrales, par M. le professeur Guyon (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, mars 1889). — M. le professeur Guyon recommande de modifier le traitement de l'hématurie suivant les conditions mêmes dans lesquelles on l'observe. Parmi les médications internes, pas une seule n'a sur la vessie une action hémostatique certaine, même le seigle ergoté; il faut surtout combattre l'anémie qui survient à la longue; employer les frictions sèches,

l'hydrothérapie; quelquefois une hématurie rebelle cède aux révulsifs; les malades ne doivent pas rester au lit. Les injections vésicales astringentes sont très bonnes quand les hématuries sont faibles et persistantes. On peut aussi avoir à combattre les accidents provoqués par l'hématurie, la rétention d'urine, celle des caillots et les contractions douloureuses; le cathétérisme sera fait avec une sonde à l'œil très large; les caillots sont aspirés par la seringue. L'opium donné en lavement, les injections de morphine calment les douleurs.

Le traitement des fausses routes est fondé sur le principe suivant : il est nécessaire d'arriver à un résultat tel que les plaies de l'urèthre ne soient pas soumises à la pénétration de l'urine, car son contact seul n'aurait pas d'inconvénients. Il faut établir une sonde à demeure qui joue librement dans le canal, sans frottement. Si l'on ne peut obtenir ce résultat, il faut ponctionner la vessie avec l'appareil Dieulafoy aussi souvent qu'il est nécessaire. — La sonde introduite doit rester en place 6 à 8 jours. Dans le cathétérisme, il faut avoir soin de suivre la paroi supérieure de l'urèthre, la fausse route existant généralement sur la paroi inférieure, par conséquent employer dans ce but des sondes à grande courbure, coudées ou bicoudées, principalement chez les prostatiques qui sont d'ailleurs les sujets les plus exposés à cet accident.

18° TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE PAR LE SALICYLATE DE MERCURE, par M. le docteur SCHWIMMER (*Bulletin médical*, 24 mars 1889). — M. Schwimmer, professeur à Budapest, conseille les injections au salicylate de mercure dans la blennorrhagie, soit aiguë, soit chronique.

Dans la *blennorrhagie aiguë*, il faut faire les injections suivantes :

Eau distillée.	100 grammes.
Salicylate de mercure.	0 gr. 01

Faire 3 injections par jour.

Au bout de 2 à 3 jours, l'écoulement est arrêté. On suspend alors les injections; l'écoulement reparaît un peu, mais il est muqueux, et disparaît de lui-même en peu de jours.

Dans la *blennorrhagie chronique*, la dose doit être plus élevée : il faut prescrire la formule suivante :

Eau distillée.	190 grammes.
Salicylate de mercure.	0 gr. 05

Au bout de 6 à 7 jours, il ne reste plus qu'un écoulement muqueux matinal très difficile à faire disparaître.

19° Spasmes de l'urèthre et troubles nerveux guéris par la suggestion, par M. le docteur Mesnet (*Annales médico-chirurgicales*, novembre 1888). — Le malade, sujet de l'observation, est un homme de 21 ans, faible de constitution, se livrant à l'onanisme depuis l'âge de 16 ans. Atteint subitement de symptômes de cystite aiguë, qui cessèrent avec la cessation de l'onanisme, il ressent tout à coup, et surtout dans l'urèthre, au méat, une sorte d'élancement, toujours à l'état de veille. La verge, à ce moment, n'entre pas en érection ; puis, après cet élancement dans la verge, la vue se trouble, les sons deviennent moins distincts, l'abattement est profond, plus de mémoire, impossibilité de travailler. Ces troubles disparaissent au bout de 1 à 2 minutes. Il a, par jour, une quarantaine de ces élancements. L'hystérie paraît être la cause de ces troubles. Au bout de plusieurs séances d'hypnotisme, du 26 février au 8 juillet, le malade a recouvré la santé.

20° Funiculo-épididymite paludéenne, par M. le docteur Mazel. — Dans sa correspondance médicale du numéro de février 1889, le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* publie une lettre du docteur Mazel relatant deux cas de funiculo-épididymite paludéenne. Le premier est relatif à un homme de 35 ans, grand buveur et gros fumeur, qui, le 10 octobre 1888, a été atteint d'une affection dont il avait déjà eu à se plaindre en avril 1887. A cette dernière époque, après une nuit de fatigue, il fut pris de fièvre avec très vive douleur et gonflement du testicule gauche ; la douleur dura plusieurs jours et céda au repos joint à l'onguent napolitain. Trois nouvelles poussées eurent lieu dans la suite. En mai, il en fut débarrassé par la quinine. Le 10 octobre, après un séjour dans un endroit semé d'étangs, accès de fièvre et vive douleur dans le testicule droit.

La douleur et le gonflement s'atténuent sous l'influence de la quinine.

Dans le second cas, un homme de 32 ans est atteint subitement de douleur très violente dans le testicule gauche. Après un voyage à Arles fait depuis 10 mois, le malade a vu sa santé défaillir, avec sensation de refroidissement continuelle et sueurs profuses.

La quinine amena un très bon résultat.

21° De l'anémone pulsatile dans l'orchite blennorrhagique, par M. le docteur Huchard (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 7 mars 1889). — Dans sa thèse sur ce sujet, le docteur Dormand indique 35 guérisons rapides sur 48 cas (Bazy). Sous son influence, la douleur disparaît du 1er au 3e jour. Parmi les préparations employées, il faut donner la préférence à la teinture :

Sirop de sucre.	120 grammes.
Teinture de pulsatile.	XXX gouttes.

Une cuillerée à dessert toutes les deux heures.

M. Viguier recommande les deux préparations suivantes :

1° L'alcoolature d'anémone pulsatile préparée avec parties égales de plante fraîche et d'alcool à 90 degrés, administrée à la dose de 5 à 10 grammes par jour dans de l'eau.

2° L'anémonine qui s'ordonne ainsi :

Anémonine.	0gr,01
Sucre.	0gr,09

pour une prise. En prendre 2 à 4 par jour.

L'anémone doit être employée fraîche et la récolte doit se faire en juin.

Enfin, pour diminuer les effets nauséeux, on peut l'employer sous forme de sirop.

Sirop de fleurs d'oranger.	95 grammes.
Alcoolature de racine d'anémone. .	5 —

Mêlez; chaque cuillerée à bouche contient 1 gramme d'alcoolature. En prendre 2 à 4 cuillerées à soupe dans de l'eau.

Dr Delefosse.

REVUE D'UROLOGIE

I. Sur la chylurie, par M. Rossbach. — Rossbach a eu l'occasion d'observer le fait assez rare d'une chylurie chez une jeune fille de 21 ans, qui n'avait jamais quitté l'Europe, mais qui était atteinte d'une lésion valvulaire encore compensée. Ses urines étaient peu abondantes et présentaient une teinte laiteuse due à des gouttelettes graisseuses en suspension. Parfois même, il s'y produisait des coagulations spontanées. La teneur en graisse pouvait s'élever jusqu'à 10 p. 100. Les globules blancs et l'albumine se rencontrent en très faibles proportions dans ces urines. Les aliments gras diminuaient la richesse en graisse des urines, tandis que les aliments hydrocarbonés pouvaient la quadrupler.

Considérant que les proportions relatives de graisse et d'albumine renfermées dans les urines ne concordaient nullement avec celles de ces deux corps dans le sang, Rossbach en conclut qu'il ne s'agissait pas d'une simple transsudation, mais d'un produit de véritable excrétion des reins (*Berliner Wochenschrift*).

II. Sur l'hématurie, par MM. Lewin et Posner. — Lewin et Posner pensent que, dans les examens spectroscopiques des urines qui renferment du sang, la présence de la matière colorante hématique est souvent méconnue, parce qu'on emploie une technique insuffisante, et surtout parce qu'on examine des tranches de liquide trop minces. Il faut en examiner d'épaisses (4 à 5 centimètres) et souvent au moment où le spectre est presque complètement effacé en dehors du rouge, on voit apparaître nettement la raie de la méthémoglobine. Il faut toujours réduire en ajoutant du sulfure d'ammonium ; souvent on trouvera seulement par ce procédé des produits de réduction du sang.

La méthémoglobine donne, dans le rouge, une raie voisine de l'orangé ; cette raie se déplace par l'alcalinisation et vient se placer à la limite du bleu. Par la réduction, ces deux subs-

tances donnent une bande nettement limitée dans le vert et une autre plus indécise, à droite de cette dernière (identique avec celle de l'hémochromogène de Hoppe-Seyler). Les auteurs exposent ensuite quelques résultats obtenus par des examens d'urine pratiqués suivant cette méthode (*Centralblatt für med. Wissenschaften*).

III. Sur l'oxalurie, par M. Petteruti. — L'acide oxalique des urines se forme au moins aussi souvent aux dépens des aliments albuminoïdes que des aliments non azotés. En dehors du corps, il ne se forme plus dans l'urine d'acide oxalique aux dépens de l'acide urique. Mais souvent l'oxalate de chaux de l'urine ne se précipite pas du tout, ou seulement incomplètement, ou encore très lentement.

Quel que soit le régime, l'acide oxalique apparaît dans les urines exclusivement, ou pour la plus grande partie pendant les périodes digestives; c'est pourquoi l'urine du matin n'en contient pas ou en contient beaucoup moins que l'urine du soir.

Contrairement à l'opinion de Cantani et autres, la diète carnée ne supprime pas l'oxalurie. L'administration du carbonate de chaux favorise l'apparition de l'acide oxalique dans les urines tandis que le bicarbonate de soude agit d'une façon opposée.

A la tête des maladies dans lesquelles se rencontre l'oxalurie, est le catarrhe gastro-intestinal chronique (36 fois sur 70), puis viennent : les maladies du système nerveux central qui se compliquent de troubles digestifs; le diabète, qui précède toujours et ne suit jamais l'oxalurie; les affections thoraciques dans lesquelles la respiration est insuffisante.

Il n'y a qu'un symptôme à peu près constant de l'oxalurie, ce sont les troubles de la digestion stomacale. La lombalgie, que Petteruti a quelquefois observée, tient, selon lui, à des calculs rénaux. Quant aux phénomènes nerveux, souvent très prédominants, ils sont la conséquence des troubles digestifs. La furonculose, que Petteruti n'a notée que deux fois, ne lui paraît pas non plus en relation directe avec l'oxalurie. En somme, il n'y a pas d'autre symptôme caractéristique de l'oxalurie que l'apparition de l'acide oxalique dans les urines.

La division de l'oxalurie en physiologique et morbide n'est pas justifiée, car, chez beaucoup d'individus, on ne trouve pas

d'acide oxalique dans l'urine. La seule classification, utile en pratique, consiste à reconnaître une oxalurie manifeste et une oxalurie latente, selon que l'acide oxalique se précipite ou non spontanément. La première forme est la plus importante, eu égard à la seule conséquence fâcheuse de l'oxalurie, savoir : la formation de calculs urinaires d'oxalate.

Petteruti se refuse à voir, dans l'oxalurie, le résultat d'une altération spéciale de la nutrition ; pour lui, elle tient uniquement à une diminution des oxydations normales. L'oxalurie ne doit pas être envisagée comme une maladie par elle-même ; c'est, le plus souvent, le symptôme d'un catarrhe chronique de l'estomac et de l'intestin. Comme traitement, Petteruti préconise l'acide phosphorique, parce que le phosphate acide de soude maintient l'acide oxalique en dissolution dans l'urine (*Esperimenti ed osservazioni intorno alla ossaluria*, Naples, 1886, et *Rev. Sc. méd.*, XXXI, 1888, 566).

. IV. Sur la décomposition spontanée de la bilirubine, par M. Salkowski. — La bilirubine est, comme on le sait, l'une des matières colorantes principales de la bile. C'est en partie à sa présence dans l'urine des ictériques que celles-ci doivent la propriété de donner avec l'acide azotique chargé de vapeurs nitreuses des colorations successives dont la production est connue sous le nom de *réaction de Gmelin*. La bilirubine est soluble dans le chloroforme.

Salkowski a observé deux fois la disparition complète de cette matière colorante dans des urines abandonnées à elles-mêmes et ayant éprouvé la fermentation ammoniacale. Ces urines, qui, au moment de l'émission, possédaient la propriété de donner naissance à la réaction de Gmelin et à celle de Huppert, avaient perdu cette propriété. Acidulées par l'acide chlorhydrique, puis agitées avec le chloroforme, elles ne coloraient plus ce dissolvant.

L'auteur a cherché encore par d'autres procédés à séparer, soit la matière colorante elle-même, soit ses produits de dédoublement, et n'a réussi qu'à isoler un produit amorphe de couleur foncée.

Cette transformation totale de la bilirubine, que M. Salkowski serait tenté d'attribuer à l'action des bactéries, en matières co-

lorantes dénuées de caractères précis, lui paraît intéressante en ce sens qu'elle rappelle la présence, observée de temps en temps dans l'urine des ictériques, de produits colorés foncés, ne donnant pas naissance aux réactions caractéristiques des matières colorantes biliaires, mais issues pourtant de ces dernières (*Zeitschrift für physiol. Chemie*, XII, 1888, 227).

M. BOYMOND.

CORRESPONDANCE

MON CHER POUSSON,

Vous dites, dans votre mémoire si remarquable et si consciencieux sur la valeur de l'intervention chirurgicale dans le traitement des tumeurs de la vessie, que M. Guyon a imaginé de réséquer la vessie de dedans en dehors (page 213). Vous ne voulez sans doute pas faire mentir le proverbe: *On ne prête qu'aux riches.*

Mais si vous voulez bien vous reporter à mon mémoire de 1883, paru dans ce Recueil et alors qu'aucune tumeur de la vessie n'avait encore été opérée dans notre pays, vous y verrez proposé et décrit tout au long ce mode de résection que j'appelais *partielle* pour l'opposer à la résection que j'appelais *totale* et qui désignait la résection de la *totalité* de l'épaisseur des parois vésicales.

Dans une note récente parue dans le Bulletin médical (16 janvier 1889), j'ai montré que cette résection partielle que j'avais cru devoir proposer pour les tumeurs siégeant sur les parois antérieure, postérieure et latérale, seulement, pouvait être étendue à la paroi inférieure, à la région des uretères.

Cela a l'air d'un petit détail ; mais j'y tiens beaucoup, parce que je considère que l'avenir de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie réside, ainsi que je le disais du reste dès 1883, dans une opération faite aussi radicalement que possible.

La curette et le fer rouge que j'ai employés, — et pour ce dernier moyen je puis dire le premier, puisque je m'en servais dès 1884, dans une opération que je pratiquai avec mon ami Albarran, — la curette et le fer rouge, dis-je, constituent des moyens infidèles auxquels il ne faut avoir recours que quand on ne peut pas faire autrement.

Excusez-moi, mon cher ami, mais vous comprenez que dans une question qui me tient au cœur, comme celle-là, je cherche à revendiquer ma part de responsabilité, et veuillez agréer, etc.

BAZY.

BIBLIOGRAPHIE

LEÇONS DE GYNÉCOLOGIE, par VULLIET et LUTAUD.
J.-B. Baillière, 1889.

Depuis une vingtaine d'années, la gynécologie a fait de grands progrès. Grâce au traitement antiseptique, grâce à de hardis novateurs, les affections des organes sexuels de la femme sont devenues, pour une grande part, tributaires de la chirurgie. Aussi les traités de chirurgie utérine sont-ils nombreux.

Le livre de MM. Vulliet et Lutaud comprend des leçons sur les manœuvres et sur les opérations qui s'exécutent par les voies naturelles, tout en laissant de côté les manœuvres élémentaires, comme le maniement du spéculum, le toucher et la palpation bimanuelle, c'est-à-dire les manœuvres qui ne peuvent être bien apprises que sur le vivant. M. Vulliet a traité tout ce qui concerne ce que l'on pourrait appeler la chirurgie facilitant le diagnostic, les méthodes d'exploration, les postures pour les opérations, le cathétérisme utérin, la dilatation utérine, l'abaissement de l'utérus, le curage de la cavité utérine: en plus le traitement chirurgical des fistules génito-urinaires, les fibromes et le cancer et enfin l'orthopédie opératoire.

M. Lutaud s'est surtout occupé du traitement de la stérilité et de la fécondation artificielle: en plus de l'opération d'Alexander et de la laparo-hystérorrhaphie.

Les praticiens trouveront dans ces leçons un exposé clair et précis de toutes les opérations utiles à connaître dans la chirurgie utérine.

Dr DELEFOSSE.

NOUVEAU JOURNAL. — Nous annonçons à nos lecteurs l'apparition d'une nouvelle revue intitulée : *Journal des maladies sous-cutanées et syphilitiques*, et dirigée par le docteur Henri Fournier, avec la collaboration de MM. Buchin, Buret, Gaudin, Renouard (de Paris), Lassalle (de Montpellier), Martin du Magny (de Bordeaux), Schnell (de Marseille), Alfred Cooper et Hugh Roberts (de Londres), Von Duering (de Hambourg), Pauly (de Wiesbaden), Luzor (de Port-Louis), etc., etc. Cette publication aura un caractère essentiellement pratique et son but sera de populariser en quelque sorte la dermatologie et la syphiligraphie. Aussi sommes-nous heureux de souhaiter la bienvenue à notre nouveau confrère.

Administration, 60, rue Miromesnil, Paris.

Le Rédacteur en Chef, Gérant : Dr DELEFOSSE.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 24368.

ANNALES DES MALADIES

DES

ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Juin 1889.

MÉMOIRES ORIGINAUX

Hôpital Necker. — M. le professeur Guyon.

LEÇON RECUEILLIE PAR M. ALBARRAN,
interne, médaille d'or.

Physiologie pathologique de la rétention d'urine.

Vous observez depuis trois semaines au n° 2 de la salle Civiale un jeune homme de 19 ans entré dans un état fort grave qui a fixé votre attention. Ce malade a été admis le 8 avril 1889 pour une retention d'urine accompagnée de phénomènes fébriles et d'hématurie. A son entrée la fièvre est vive, car la température atteint 40°, les urines sont très sanglantes, la langue rouge et sèche. L'amaigrissement est très prononcé et a été rapide, les manifestations intellectuelles normales mais pénibles; ce n'est que lentement, après les avoir sollicités à plusieurs reprises, que l'on obtient les renseignements que je vais vous faire connaître.

Lorsque nous aurons analysé l'état actuel et les antécédents de ce jeune sujet, nous devrons nous demander les raisons de la gravité de sa situation morbide, discuter leur pathogénie. Et comme le rôle de la rétention d'urine, dans la production de ce complexus morbide, devra particulièrement retenir notre discussion, je mettrai à profit le cas que le hasard de la clinique soumet à votre examen pour vous dire quelques mots de la physiologie pathologique de la rétention. La clinique m'a depuis longtemps fourni à ce sujet des enseignements dont je vous ai plus d'une fois fait part. Je vais aujourd'hui grouper ceux qui relèvent de l'observation actuelle, en les mettant en parallèle avec les faits recueillis dans notre laboratoire où je poursuis, avec le concours de M. Albarran, des expériences sur le sujet important dont je vous entretiens aujourd'hui.

Il y a six mois, en pleine santé, notre malade contractait sa première blennorrhagie. Le sujet était robuste, originellement bien portant, l'attaque fut aiguë et évolua pendant un mois sans aucun incident. L'état local s'était même amélioré à ce point que notre jeune homme se crut autorisé à pratiquer le coït. Il s'y livra avec une ardeur assez peu mesurée pour éprouver l'accident que je vous signale si souvent à propos de l'étiologie des retrécissements. Dans un faux et brusque mouvement il se rompit partiellement l'urèthre. Il fit ce que j'appelle *le faux pas du coït*. Cet accident n'eut d'autres conséquences immédiates qu'une douleur vive et une uréthrorrhagie abondante qui cessa au bout de quelques heures. Sauf quelques ardeurs et quelques hésitations dans la miction, tout parut rentrer dans l'ordre et l'écoulement persista sans recrudescence. Quelques semaines s'écoulèrent sans modification très sensible dans cette situation; mais quarante jours après l'accident, les mictions qui s'étaient jusqu'alors assez bien effectuées devinrent fréquentes, difficiles et douloureuses. Les urines se troublèrent promptement sans être encore sanglantes, mais elles le devinrent et n'ont cessé depuis deux mois d'être complète-

ment rougies. La fièvre est certainement intense depuis huit jours, mais il est impossible de préciser son début.

Telle fut la filiation des accidents qui, en quatre mois depuis le début de la blennorrhagie, et en trois mois seulement à compter de l'accident du coït, firent passer ce jeune homme de 19 ans de la santé parfaite à une situation menaçante.

L'examen local fait constater des traces d'écoulement et découvrir à la base de la verge un noyau dur attenant à l'urèthre dont il fait partie. C'est la virole que laisse le traumatisme dans les ruptures incomplètes et que vous trouverez invariablement sur la paroi inférieure du canal à la terminaison de sa région pénienne. Dans ce point la lumière de l'urèthre est rétrécie au point de ne laisser passer qu'une bougie filiforme. Aussi les mictions sont-elles extrêmement pénibles; ce n'est qu'au prix d'efforts violents sans cesse renouvelés que s'échappe en petite quantité l'urine trouble et sanglante.

La vessie remonte à trois travers de doigt au-dessus du pubis; elle est ferme et tendue, résistante comme un utérus de parturiente en bon état de contraction. Le toucher rectal combiné au palper abdominal permet de constater sur tous ces points les témoignages de sa forte tension. La palpation méthodique des reins ne provoque pas de douleur, il n'y a pas d'augmentation de volume. Notons encore, pour compléter l'examen local, une légère prostatite gauche et une apparence d'épididymite du même côté.

Les urines ne sont pas albumineuses et ne contiennent pas de cylindres épithéliaux; on y trouve en très grande abondance le staphylococcus aureus, et bien entendu d'innombrables hématies; il n'y a pas de bactérie pyogène, ni de gonocoques.

La rétention domine la scène morbide et son mécanisme est facile à comprendre. La rapide constitution d'un rétrécissement très serré succédant à la déchirure de l'urèthre lui a donné origine. J'ai eu souvent à vous montrer la diffé-

rence absolue qui sépare, dans leur évolution et dans leurs conséquences, les rétrécissements blennorrhagiques livrés aux seuls processus de l'inflammation et ceux qui se constituent sous l'influence du traumatisme. Notre cas a suivi la marche habituelle, et la rapide diminution du calibre uréthral a mis en peu de semaines la vessie dans l'impossibilité de se vider.

Il est donc impossible de ne pas établir une relation de cause à effet entre les accidents qui, quarante jours à peine après la blessure du coït, se sont manifestés avec tant d'intensité et n'ont cessé de s'aggraver, et l'imparfaite évacuation de l'urine. A toutes les raisons qui déjà le démontrent s'ajoute d'ailleurs une preuve que nous pouvons qualifier de décisive.

Je ne pouvais méconnaître l'urgence de l'indication principale ; dès que je vis le malade le lendemain de son entrée, je fis séance tenante l'uréthrotomie interne et plaçai une sonde à demeure. L'effet de cette opération que l'on se plaît à qualifier d'hémorrhagique, fut immédiat. Dès le lendemain l'hématurie, qui persistait sans interruption depuis deux mois, avait complètement cessé et elle n'a pas reparu. Je n'ai pas besoin d'ajouter que les douleurs ont été supprimées. La fièvre elle-même fut influencée. Le malade avait 40° lors de la section du rétrécissement, il était descendu à 39° dans la journée et n'avait que 37° le lendemain matin. Mais cette modification ne fut que passagère. Vous voyez sur ce tableau de température que l'ascension vespérale se fait toujours. Nous avons remonté à 39°,5 39°,6 pendant une huitaine pour descendre vers 38° le matin. Depuis cette dernière huitaine nous ne dépassons guère 38°. En même temps le malade a pu prendre du lait et de légers aliments, sa langue n'est plus sèche ni rouge. Il a eu quelques douleurs vagues dans les membres, mais aucune détermination précise dans les articulations ou les muscles, aucun incident du côté de la respiration, l'intelligence encore un peu paresseuse revient à la normale. En

somme, malgré la persistance de la fièvre et bien que chez ce sujet nous n'ayons pas obtenu la défervescence rapide que nous donne assez souvent la libération de la vessie par l'uréthrotomie, je crois pouvoir affirmer la guérison et la croire prochaine (1).

En mettant fin à la rétention par l'uréthrotomie, nous avons donc modifié immédiatement la situation morbide et permis à la guérison de s'effectuer graduellement. Voilà le résultat pratique qui se dégage de ce fait.

Il ne peut vous suffire, quel que soit son intérêt; aussi allons-nous chercher comment avait agi la rétention.

Son premier effet a été de constituer un milieu stable qui a servi de terrain de culture. Avant que le rétrécissement ne s'opposât à la libre et entière évacuation de l'urine, la vessie, même après le traumatisme du coït, n'avait pas été contaminée. Elle le fut vers le 40e jour, c'est-à-dire alors que le rétrécissement arriva à mettre définitivement obstacle à la complète évacuation de la vessie. C'est alors en effet qu'éclate la cystite.

L'inoculation ne devait et ne pouvait dans ces conditions s'arrêter à la vessie. Malgré le résultat négatif de l'examen local des reins, tout, à l'entrée du malade et aujourd'hui encore, témoigne que l'infection a dépassé la vessie. Dans la vessie en effet les lésions évoluent sans déterminer de fièvre. La cystite elle-même est apyrétique, je vous l'ai souvent fait constater. Le type de la fièvre est d'ailleurs celui que j'ai décrit sous la dénomination de : second type de la forme aiguë. Cet état fébrile est toujours l'indice d'une lésion rénale, et si la douleur, ou la pression, ou l'examen des urines n'en fournissent pas dans tous les cas le témoignage, ils s'y joignent trop habituellement pour qu'il nous reste un doute. Du fait de l'observation clinique, la fièvre

(1) Deux jours après cette leçon faite le 1er mai, la défervescence était complète et définitive. Le malade a quitté l'hôpital le 20 mai très bien portant quoique les urines fussent encore un peu troubles continssent encore le staphylococcus aureus.

continue avec exacerbation, se relie à la néphrite aiguë des urinaires, et, vous le savez, l'autopsie le démontre. C'est pourquoi vous m'entendez quelquefois désigner ce mode fébrile sous le nom de fièvre rénale. Nous le voyons évoluer depuis trois semaines, il peut durer encore, je l'ai vu persister sans interruption pendant plus de six semaines.

Quoi qu'il en soit, je suis en mesure, grâce aux expériences auxquelles j'ai fait allusion au début de cette leçon, de vous fournir la preuve expérimentale de l'invasion des uretères et du rein sous l'influence de la rétention. Cette preuve s'ajoutera à celle que nous avons cliniquement fournie au point de vue de l'hématurie. Nos faits sont d'ailleurs également démonstratifs à cet égard.

Lorsqu'on produit une rétention complète d'urine chez le lapin ou le cobaye, on détermine la production de phénomènes différents suivant la période de temps écoulé : ceci revient à dire que les résultats de l'expérience varient avec la quantité d'urine qui se trouve accumulée dans la vessie ou mieux avec le degré de tension vésicale.

Dans les premières 24 heures il ne s'agit guère que de lésions vésicales ; le réservoir est dilaté, mais non très tendu ; la congestion est fort marquée et déjà on peut voir dans la muqueuse quelques points hémorrhagiques, parfois même des ecchymoses assez étendues. Les uretères paraissent normaux à l'œil nu, et en les excitant par simple pression avec une pince on les voit se contracter. Les reins sont rouges et légèrement augmentés de volume.

La scène change lorsque la rétention est prolongée pendant 48 heures. Si après ce temps on ouvre l'animal vivant, on constate que la vessie, énorme, est en état de tension absolue. La congestion poussée au maximum est marquée par de larges ecchymoses et des arborisations fort belles, les urines vésicales contiennent des globules rouges. Les uretères présentent des altérations remarquables. Ils sont dilatés, tendus sous le doigt ; à leur surface se dessinent de minces vaisseaux gorgés de sang. Chose remarquable, en

subissant les effets de la distension, la contractilité de l'uretère à l'excitation mécanique directe a disparu, c'est en vain qu'on l'excite. Il en résulte que la progression de l'urine vers la vessie se trouve entravée, d'abord parce que le réservoir est en tension, ensuite parce que la contractilité normale de l'uretère est abolie ou diminuée. L'irrigation des uretères a donc cessé. Là aussi il y a stase de l'urine.

Du côté du rein on observe, dans ces cas de rétention avec tension complète de la vessie, une congestion fort intense. Vous en aurez l'idée en comparant les dimensions des reins pendant la vivisection et immédiatement après la mort par hémorrhagie (section du cœur).

	AVANT LA MORT		APRÈS LA MORT	
REIN DROIT :	long. 42 mill.	larg. 33 mill.	long. 38 mill.	larg. 30 mill.
REIN GAUCHE :	long. 52 mill.	— —	long. 37 mill.	— —

La congestion rénale peut aller jusqu'à l'hémorrhagie; c'est ainsi qu'au microscope on peut constater quelques petites extravasations sanguines parenchymateuses et que l'urine des uretères peut contenir des globules rouges. Pourtant les lésions les plus faites, les plus accentuées, sont des lésions vésicales; c'est ainsi que tandis que la congestion rénale disparaît en grande partie après la mort, il reste dans la vessie des arborisations et des ecchymoses macroscopiques facilement constatables.

Il était intéressant de rechercher si les particules solides mélangées à l'urine vésicale pouvaient, sous l'influence de la rétention, remonter dans les uretères. Nous nous sommes servi pour cela de poudre de charbon finement pulvérisé que nous avons introduit dans la vessie après l'avoir stérilisée. Nos expériences sont encore peu nombreuses, mais déjà je puis vous dire que, dans les cas où la rétention n'a pas déterminé de tension complète de la vessie et, par contre, de tension uretérale, on ne retrouve pas dans l'urine des uretères la poudre de charbon introduite dans la vessie avant la ligature de la verge. Nous n'avons vu l'ascension

se faire que lorsque la tension vésicale et la tension uretérale étaient à leur maximum. S'agit-il dans ce cas de contractions de la vessie rejetant dans l'uretère son contenu comme le prétend Zemblinoff, ou y a-t-il simple passage de particules de charbon qui remontent en surnageant, dans ce milieu mort où les courants normaux de l'uretère et de la vessie sont suspendus? Nous ne saurions l'affirmer encore; nous dirons cependant qu'il ne faut pas accepter sans examen contradictoire les expériences de Zemblinoff qui n'a pas tenu compte du degré de tension vésicale et uretérale.

Les observations cliniques, de même que les faits de laboratoire, montrent en effet le rôle capital de la tension. C'est sous son influence que se fait et que se complète la congestion de la vessie et des reins; que s'établit la stase du liquide urinaire dans les uretères et dans le bassinet, que leur contractilité cesse de s'effectuer. Et c'est si bien sous l'influence de l'excès de tension de la vessie que se modifient les conditions physiologiques et anatomiques des uretères, qu'il nous a suffi de provoquer une déplétion vésicale de quelques grammes pour rétablir le courant uretéral.

Sans entrer pour le moment dans d'autres détails relatifs aux expériences dont je n'ai voulu indiquer que les résultats capables d'éclairer la symptomatologie complexe du cas que nous étudions, il nous est facile de conclure.

Nous avons relevé en examinant la vessie les signes les plus manifestes de la tension complète. Sans doute le volume du réservoir n'était pas énorme. Mais chez un sujet dont la musculature vésicale est conservée en face d'un état douloureux qui excite et entretient des contractions excessives, la tension de la vessie se produit, alors même que globe ne remonte pas aux limites extrêmes que nous le voyons quelquefois atteindre. Aussi notre malade était-il hématurique, et son hématurie purement congestive a-t-elle cessé avec la rétention. Il était aussi soumis aux conséquences de l'inoculation des reins. L'ascension des mi-

crobes de la vessie aux reins a été l'objet d'expériences faites dans mon laboratoire par MM. Hallé et Albarran. Ces auteurs ont pu la provoquer en se plaçant dans les conditions que fournit la rétention et n'ont pu la déterminer autrement.

Ce qui ressort encore de l'étude de notre malade et de nos expériences, c'est la nécessité d'intervenir de très bonne heure contre la rétention. Aucune contre-indication ne prévaut contre la nécessité de l'évacuation. Il est bien instructif de voir à quel point est préjudiciable le retard apporté à l'intervention. Vous avez vu combien était grave l'état de notre malade et quel a été le bénéfice de l'uréthrotomie. Si vous mettez en regard les désordres produits chez les animaux par une rétention de 24 heures et de 48 heures, vous serez édifiés sur l'importance capitale de la prompte évacuation. En agissant de bonne heure vous n'avez à combattre que des lésions localisées à la vessie. Les uretères ne sont point encore en cause. Les reins sont sans doute influencés par l'action du réflexe que j'ai appelé vésico-rénal et dont l'influence sur la sécrétion urinaire est remarquable. Mais les lésions ne sont faites que dans la vessie et, pour peu que vous opériez une évacuation méthodique et aseptique, vous guérirez rapidement et sans accidents. Si par peur du cathétérisme ou de l'uréthrotomie vous entrez dans la voie des atermoiements et mettez en œuvre un traitement non chirurgical, vous laissez les lésions s'étendre. Ce n'est plus seulement à l'appareil urinaire inférieur que vous avez affaire. Les uretères et les reins sont en cause. Non seulement la réceptivité à l'invasion microbienne sera portée à son summum, mais alors même que vous serez parfaitement aseptique dans vos manœuvres vous pouvez déterminer des accidents que vous n'aurez point à craindre en agissant de bonne heure. La congestion a envahi tout l'appareil urinaire, les vaisseaux sont gorgés, prêts à se rompre. Si, pressés de mettre ordre aux effets de la tension, vous déterminez, par une évacuation rapide, une décompression trop grande,

vous provoquez l'hémorrhagie. Hémorrhagie ordinairement vésicale, mais qui, je l'ai souvent constaté, peut aussi être rénale.

Vous le voyez, l'étude de la physiologie pathologique de la rétention d'urine fournit à la pratique les notions dont elle a besoin pour être véritablement utile, c'est-à-dire pour être efficace et ne pas devenir nuisible. Nous avons volontairement laissé de côté les enseignements qu'elle nous fournit sur d'autres points aussi intéressants que ceux que nous venons d'examiner. Les cas si nombreux qui passent dans nos salles nous permettront de les développer à leur tour.

Note sur un cas de cystite tuberculeuse traitée par la taille hypogastrique, le raclage et la cautérisation,

Par le docteur JACQUES L. REVERDIN,
Professeur à l'École de médecine de Genève.

(Suite et fin.) (1)

Résumons maintenant cette observation en discutant chemin faisant les renseignements qu'elle nous donne.

Et d'abord, au point de vue du diagnostic il ne peut y avoir le moindre doute ; malgré l'absence regrettable de la recherche des bacilles, dans l'urine au début, l'existence de la tuberculose génitale, les caractères cliniques de l'affection vésicale étaient largements suffisants pour fournir à ce diagnostic une base solide.

L'opération d'ailleurs n'a fait que le confirmer en nous permettant de reconnaître dans la vessie les lésions ordinaires de la tuberculose vésicale : granulations, ulcérations en coup d'ongle, fongosités ; ici encore il est fâcheux

(1) Voir le numéro de mai 1889.

que l'examen histologique manque, les débris de tissu enlevés ayant été égarés; mais lors de l'opération destinée à fermer la fistule, le fragment enlevé par l'avivement renfermait des granulations tuberculeuses et des bacilles, d'après l'examen fait par le docteur A. Mayor.

Il s'agit donc bien d'une tuberculose vésicale. L'opération m'a paru indiquée par la fréquence excessive des mictions, l'intensité de la douleur et l'hématurie ; le désir formel du malade et de sa famille, dûment instruits des chances de l'intervention, constituait un argument de plus.

D'autre part, les lésions génitales n'étaient pas très étendues ni très graves, les poumons étaient intacts, l'état général de la santé satisfaisant, et la tuberculose n'existait pas dans la famille; j'ai cru pouvoir passer outre et ne pas considérer les lésions génitales comme une contre-indication; l'événement m'a donné raison. Ceci est important, car voilà un premier fait répondant à la question posée par le professeur Guyon.

Arrivons à l'opération elle-même : comme je l'ai dit, je me proposais non seulement d'inciser la vessie, de supprimer ses fonctions comme réservoir, et ses contractions pour un temps plus ou moins long, mais encore de détruire, si possible, les lésions au moyen de la curette et du thermocautère, et c'est ce qui a été fait.

L'opération peut se diviser en deux temps : la taille d'abord, la destruction des lésions vésicales ensuite.

J'ai pratiqué la taille hypogastrique par le procédé que j'avais employé précédemment dans quatre tailles pour calculs. Comme on a pu le voir, ce procédé est analogue à celui de mon maître Guyon par l'incision couche par couche, par la recherche de la graisse sous-péritonéale, par le refoulement du péritoine avec le doigt et par la suspension de la vessie avec des fils de soie; mais il en diffère en ce que je n'emploie pas le ballon de Petersen, en ce que je ne lie pas la verge sur la sonde, en ce que l'injection dans

la vessie a pour but, non de la faire saillir, mais de substituer à l'urine un liquide antiseptique ; enfin, en ce que je me sers comme guide, pour ouvrir la vessie, d'une sonde d'étain qu'un aide fait basculer doucement, de façon à soulever sa paroi.

Cette manière d'opérer, que j'ai adoptée dès ma première taille (novembre 1881), ne m'a pas jusqu'ici offert de difficultés ; si je la préfère, c'est que le ballonnement du rectum, la ligature de la verge, ne me paraissent pas sans inconvénients et que leur utilité, dans un grand nombre de cas, ne m'est pas démontrée. Dernièrement encore, les faits de Nicaise (1), de Routier (2), s'ajoutant au cas plus ancien de Cadge, ont montré que le rectum pouvait être déchiré, contusionné ou mortifié; le ballon a été accusé par Ullmann (3) de favoriser la rupture intra-péritonéale de la vessie. Ceux-mêmes qui emploient le ballon lui reconnaissent des inconvénients ; c'est à sa présence qu'est due, si je ne me trompe, l'hémorrhagie fournie par la paroi vésicale, et qui cesse quand la vessie se vide; Guyon lui-même nous dit que, la vessie ouverte, il est préférable pour l'examen de sa muqueuse de supprimer ou de dégonfler le ballon. Je reconnais du reste que les faits malheureux ne sont pas très nombreux, que les inconvénients du ballon ne sont pas très grands ; mais je crois d'autre part que, sauf peut-être chez des malades très obèses, son emploi est inutile et complique sans nécessité une opération réellement simple ; je n'ai pratiqué que cinq fois la taille, il est vrai, mais dans aucune de ces opérations je n'ai éprouvé la moindre difficulté ; un bon nombre de chirurgiens opèrent sans ballon et l'on ne voit pas qu'ils aient à s'en repentir.

Je ne lie pas la verge sur la sonde, parce que, si la vessie se révolte, et ne peut se débarrasser, elle est exposée à se

(1) Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris, 1888, p. 676.
(2) *Ibid.*, p. 679.
(3) E. Ullmann. *Ueber durch Fullung erzeugte Blasenrupturen.* (*Wiener Medizinische Wochenschrift*, 1887, p. 23, 24, 25.)

rompre : d'ailleurs, je ne tiens pas à ce qu'elle soit pleine et fasse saillie ; je tiens seulement à ce que le liquide qui s'écoulera de la plaie soit de l'acide borique et non de l'urine septique.

L'emploi d'une sonde pour soulever la vessie et permettre de l'ouvrir facilement après l'avoir suspendue, s'explique de lui-même une fois que l'on met de côté le ballon de Petersen. J'ai choisi la sonde d'étain parce que j'estime que, plus une opération est simple, moins son outillage est compliqué et spécial, mieux cela vaut en général ; la taille hypogastrique est simple, elle peut être dans quelques cas une opération d'urgence ; tout chirurgien tant soit peu soigneux peut la pratiquer et doit pouvoir le faire ; la sonde d'étain est entre les mains de tous, elle peut s'adapter aux différentes courbures du canal, en particulier dans les cas d'hypertrophie de la prostate ; il faut seulement pour la taille qu'elle présente des parois assez épaisses pour ne pas se déformer trop facilement, ce qui peut arriver au moment où l'aide la fait basculer pour soulever la vessie.

Une fois la vessie ouverte, l'examen des lésions a été facile ; là encore je me suis servi en grande partie d'instruments courants : deux grands écarteurs à résection de von Volkmann, et une grande valve concave de Simon, et ils ont très bien rempli le but. L'instrument de Bazy peut être certainement préférable, mais il ne m'a pas été indispensable ; aurais-je peut-être pu avec son aide examiner plus complètement le voisinage du col où j'ai dû me guider sur le doigt plus que par la vue ?

Je me suis servi, pour éclairer la vessie, d'une petite lampe électrique du volume d'un crayon ordinaire et elle m'a rendu un véritable service en permettant de distinguer très nettement des lésions relativement minimes, deux granulations et une toute petite ulcération en coup d'ongle ; il est évident que cet instrument très spécial m'a singulièrement facilité les choses. Heureusement nous avions une lampe de rechange, car la première employée ayant touché

la muqueuse humide s'est brisée; il serait bon pour cet usage d'envelopper l'ampoule de verre d'un grillage métallique pour empêcher le contact direct.

Très faciles ont été le curage et la cautérisation; à part le foyer fongueux voisin du col que je ne voyais qu'en partie, tout s'est fait correctement, avec une hémorrhagie des plus minimes.

Ceci terminé, les bords de la vessie ont été cousus à la peau, et les tubes-siphons, tubes de caoutchouc rouge, ajustés.

La suture de la vessie à la peau a le grand avantage de s'opposer à l'infiltration d'urine. Dois-je lui attribuer la persistance de la fistule chez mon malade, persistance qui a nécessité une nouvelle opération? Il n'est pas impossible que la suture y fût pour quelque chose; dans un des cas de Guyon, dans celui de Roux, nous voyons une fistule s'établir, après l'emploi du même procédé; dans mon cas, on distinguait nettement au fond de l'entonnoir fistuleux deux lèvres bleuâtres d'aspect muqueux se regardant, non par leur bord, mais par leur face interne; il semblait que la paroi vésicale suspendue à la peau avait pris de chaque côté une direction verticale, que le ratatinement de la vessie constamment vide avait rendu permanent. Mais d'autre part il faut noter que dans mon cas les tissus constituant les parois fistuleuses renfermaient des tubercules, et que dans le cas de Roux il y avait récidive; nous n'avons pas de détails sur celui de Guyon. Nous ne pouvons donc incriminer à coup sûr la suture, et d'ailleurs elle présente de trop grands avantages pour que nous soyons tenté d'y renoncer.

Les tubes-siphons de caoutchouc rouge que je remplacerais dans une autre occasion par le siphon à courbure fixe de Guyon, a fonctionné tantôt bien, tantôt mal, en partie par le fait de l'indocilité du malade. J'ai laissé la vessie ouverte du 25 janvier au 27 février; puis j'ai employé la sonde à demeure; je passe sur les détails: qu'il suffise de

rappeler que, malgré les cautérisations, les sutures sèches, la suture indirecte, la fistule a persisté et que, de guerre lasse, le 23 juin j'ai procédé à une nouvelle opération.

Cette opération a été suivie de guérison avec persistance, cependant, d'une fistulette qui ne s'est fermée définitivement qu'en novembre.

Je ne sais quel procédé a suivi mon maître Guyon dans le cas analogue que je signalais tout à l'heure; celui que j'ai adopté était en quelque sorte imposé par l'état des tissus, l'agglutination de tous les plans de la paroi abdominale; un avivement simple aurait probablement échoué et aurait laissé après lui, en cas de guérison, une éventration à peu près certaine et une faiblesse de la paroi vésicale antérieure qui l'aurait exposée, en cas de traumatisme ou de rétention, à une rupture probable. On sait en effet que Guyon a eu l'occasion d'examiner à l'autopsie la vessie d'un de ses opérés qui s'était rompue par suite de rétention cinq à six ans après la taille; la vessie n'avait pas été suturée et la plaie vésicale s'était fermée, non par soudure de ses bords mais par juxtaposition de ses faces.

J'ai pensé qu'il serait bon de suturer isolément la vessie d'abord, puis les différents étages de la paroi abdominale; pour y arriver, il fallait séparer et libérer dans une certaine étendue la paroi vésicale; une fois l'avivement de la fistule effectué dans toute sa hauteur, vessie comprise, je suis arrivé beaucoup plus facilement que je ne le prévoyais à effectuer cette libération, par décollement; cependant, dans un point où les adhérences étaient intimes, et malheureusement c'était en haut, le bistouri qui était nécessaire ouvrit le péritoine; cet accident prévu fut aussitôt réparé et n'eut pas de suites fâcheuses. Le décollement effectué, des points nombreux de suture en deux étages réunirent la plaie vésicale en adossant d'abord ses bords, puis ses faces externe ou superficielle renversées à la rencontre l'une de l'autre; la vessie bien et dûment fermée, comme le démontra une injection faite par l'urèthre, je fis la suture perdue au catgut des

muscles, puis la suture de la peau libérée autant que possible. Si la réunion par première intention a échoué, si une fistulette a persisté assez longtemps, le résultat pourtant a été bon, et cela dans des conditions qui étaient loin d'être favorables. Le plan que j'ai suivi, et qui me paraît avoir pour lui la logique dans les indications, a donc été couronné de succès ; une fistulette a seule persisté pour se fermer définitivement en novembre 1887. Depuis l'opération de taille et jusqu'à maintenant, en mars 1889, c'est-à-dire depuis plus de deux ans, jamais il n'y a eu de douleurs en urinant, jamais il n'y a eu d'hématuries; notons encore que les lésions tuberculeuses génitales, après s'être étendues à l'épididyme gauche, ont depuis lors constamment été en s'améliorant. L'état du malade à la fin de 1887 était des plus satisfaisants, lorsque survinrent des accidents qui nous firent craindre l'éclosion d'une tuberculose généralisée ; il n'en était rien, mais un vaste abcès périnéphrétique, très probablement de nature tuberculeuse, vint nous donner l'explication de ces phénomènes; incisé au lieu d'élection en avril 1888, il s'ouvrit plus tard au niveau de la paroi pectorale droite, entre la 8e et la 9e côte. Depuis lors ont persisté deux fistules d'aspect fongueux, laissant écouler un pus séreux sans mélange d'urine, et que des injections iodoformées ont sensiblement améliorées.

Du reste l'état général est excellent: le jeune opéré est fort, musclé; il a pris l'apparence de la plus belle santé, et l'on ne se douterait guère, en le voyant, des lésions qu'il présente encore.

Actuellement la miction est encore fréquente et se fait à des intervalles d'une à deux heures, mais sans besoins pressants, sans aucune douleur ; la fréquence des mictions paraît en rapport avec les dimensions restreintes de la vessie qui a cessé pendant si longtemps de fonctionner ; enfin l'examen de l'urine, fait par le docteur A. Mayor à la fin de l'année dernière et au commencement de celle-ci, n'y a pas fait rencontrer de bacilles de Koch. Il n'est aucunement douteux

que ce malade a largement bénéficié de l'opération, et je puis conclure que l'existence de lésions génitales tuberculeuses discrètes n'est pas une contre-indication absolue à l'intervention dirigée contre la tuberculose vésicale.

De cette observation et de celles que j'ai résumées en commençant, pouvons-nous déduire quelques conclusions formelles sur la valeur du traitement de la tuberculose vésicale par la taille hypogastrique? Je crois qu'il serait prématuré de le faire, par la raison que les faits sont trop peu nombreux et qu'ils sont trop disparates.

Nous pouvons nous attendre, du reste, à observer ici ce que l'on observe à la suite de l'intervention chirurgicale dans les diverses tuberculoses localisées : c'est-à-dire, à côté de guérisons durables, des récidives locales ou même des généralisations rapides, et pour arriver à formuler d'une façon précise les indications de l'intervention chirurgicale, soit curative, soit simplement palliative, il faudra encore de nombreuses observations. Il en faudra aussi, pour déterminer quel est le meilleur procédé à suivre pour attaquer les lésions tuberculeuses de la vessie par la taille hypogastrique, curage, cautérisation, résection. Ce n'est pas avec onze cas très dissemblables que ces questions peuvent être résolues.

Contribution à l'étude de l'étiologie des uréthrites non blennorrhagiques,

par M. le docteur E. Legrain.

La rareté relative des écoulements non blennorrhagiques de l'urèthre est sûrement la cause de l'obscurité qui règne encore sur l'étiologie de ces accidents. Devenues de moins en moins fréquentes, à mesure que la recherche du gonocoque s'est généralisée, ces uréthrites, dites simples, sont

considérées aujourd'hui, par la plupart des auteurs, comme relevant de l'irritation sous n'importe quelle forme : le cathétérisme, le coït avec des femmes ayant leurs règles, ou atteintes de leucorrhée, les érections prolongées, la masturbation, les excès de boisson, le froid, etc. Bref, on invoque, pour expliquer ces uréthrites, la série des causes banales que l'on croyait capables, autrefois, de produire la blennorrhagie.

En se plaçant au seul point de vue clinique, il est assez difficile de comprendre qu'une influence purement physique puisse produire une affection présentant de si nombreux points de ressemblance avec la blennorrhagie.

On a donné, il est vrai, un certain nombre de caractères pour tâcher de différencier l'uréthrite simple de la blennorrhagie véritable. Voyons, en quelques mots, quelle est leur valeur.

On a dit tout d'abord : La blennorrhagie a une incubation de quatre à cinq jours qui manque à l'uréthrite simple. Or, cette dernière peut fort bien ne se montrer que deux ou trois jours après la cause qui lui a donné naissance (Diday).

D'autre part, la blennorrhagie peut apparaître après trois jours seulement d'incubation; elle peut même se montrer plus tôt. Dans un cas de blennorrhagie expérimentale, Rodet déclare avoir vu l'écoulement commencer deux jours après l'inoculation de pus frais sur la muqueuse uréthrale saine. Ces faits n'ont rien qui doive nous étonner; on sait aujourd'hui que l'incubation d'une maladie n'a pas une durée fixe, mais qu'elle dépend de plusieurs facteurs, entre autres la quantité de virus introduite dans l'organisme et la puissance de ce virus.

Les symptômes cliniques des deux affections ont été aussi maintes fois mis en parallèle; la blennorrhagie alors a été représentée comme une affection à grands fracas, accompagnée de douleurs vives, ayant, comme caractéristique, de la tendance à devenir chronique contrairement à l'uréthrite simple, qui, elle, est remarquable par sa béni-

gnité et sa tendance à la guérison spontanée. Mais ne voit-on pas chez certains sujets la blennorrhagie suivre son cours sans présenter la moindre exacerbation et guérir même sans médication, tandis que des uréthrites simples qui incommodent le malade par un chatouillement continu exaspéré par la miction, désespèrent le médecin par leur ténacité; c'est au point qu'un des maîtres en la matière recommande au praticien de bien se garder de promettre au client atteint de cette affection, si légère en apparence, une prompte et facile guérison,

Enfin, certaines de ces uréthrites simples exposent à quelques-unes des complications qui accompagnent si souvent la blennorrhagie.

Ce ne sont pas là, il faut bien l'avouer, les caractères d'une affection dépendant de causes banales, et il y a bien des points de ressemblance entre l'évolution de la blennorrhagie infectieuse et le développement des uréthrites simples. Ces traits communs n'avaient pas échappé aux praticiens. Déjà Hernandez, qui avait reconnu très nettement la dualité des uréthrites, disait que « des causes tout à fait étrangères au coït impur produisent des écoulements uréthraux qui offrent absolument les mêmes phénomènes que les gonorrhées dites virulentes ».

L'impossibilité de distinguer par les symptômes cliniques l'uréthrite blennorrhagique de l'uréthrite simple, est telle que Jullien écrit : « Sur le terrain de la clinique, nous demandons en vain les signes qui doivent nous guider et nous permettre de séparer les vraies des pseudo-blennorrhagies, en remontant sans nous égarer jusqu'à la détermination exacte de leur cause originelle. »

La clinique nous permet donc déjà de supposer que la blennorrhagie et l'uréthrite simple, qui présentent tant de traits communs, ne doivent pas offrir de différences essentielles au point de vue étiologique. Si la blennorrhagie relève d'une cause spéciale, infectieuse, l'uréthrite simple, elle aussi, peut être sous la dépendance d'une cause spécifi-

que, l'irritation physique mise au premier rang n'étant qu'un facteur pathogénique d'une importance secondaire. D'ailleurs, avec les données actuelles de la pathologie générale, les causes banales ne suffisent plus pour expliquer la suppuration. La production du pus dans l'organisme est, dans les conditions ordinaires, liée au développement de micro-organismes particuliers.

L'application des méthodes bactériologiques à l'étude des uréthrites non gonococciennes, bien que faite sur un nombre de cas jusqu'ici assez restreint, permet cependant déjà de tirer quelques conclusions relativement à l'étiologie de certaines formes d'uréthrites.

Laissant de côté pour le moment les uréthrites qu'on peut appeler diathésiques, liées à la goutte, aux fièvres graves, à la tuberculose ou aux ulcérations spécifiques de la muqueuse uréthrale, nous pouvons de suite distinguer deux grandes classes : les uréthrites simples développées à la suite du coït et les uréthrites absolument indépendantes de tout rapport sexuel.

Uréthrites survenues en l'absence de tout coït. — Il est possible de classer les causes de ces uréthrites sous deux chefs principaux.

Dans un premier ordre de faits on a cité, comme pouvant occasionner un écoulement, les agents introduits directement dans l'urèthre, tels que sondes, lithotriteurs, etc.

La seconde catégorie comprend des substances qui, ingérées, sont de nature à enflammer la muqueuse uréthrale et à déterminer une suppuration. Le nitrate de potasse (Robert), la cantharidine (Boutin), l'iodure de potassium (Mercier), les préparations arsenicales (Delacour), certaines crucifères, base du vin antiscorbutique (Desruelles), ont pu produire des uréthrites. Il en est de même de la bière.

Dans le premier cas, c'est le corps étranger, introduit dans l'urèthre, qui apporte les microbes pyogènes. C'est ainsi que Bockhart et Wolf en 1883 citent un cas d'uré-

thrite contenant des cocci en chaînettes se rapportant probablement au *Micrococcus* (*streptococcus*) *pyogenes*. Cette uréthrite s'était développée chez un individu dans l'urèthre duquel on avait par mégarde placé une sonde souillée de pus phlegmoneux.

Dans une observation plus récente, Castex a trouvé dans le pus le *Micrococcus pyogenes aureus*.

Ces faits semblent en contradiction avec les données fournies par les anciens classiques. C'est ainsi que Voillemier ayant introduit dans l'urèthre de deux malades une bougie trempée dans le pus d'un abcès chaud de la cuisse et dans celui d'un abcès ganglionnaire du cou, ne détermina ni écoulement ni douleur, bien que la bougie fût laissée en place sur chacun d'eux pendant plus de deux heures.

Ainsi donc, l'apport seul des bactéries pyogènes vulgaires sur la muqueuse uréthrale semble insuffisant pour y déterminer la suppuration. J'ai fait à ce sujet des expériences qui laissent supposer qu'une légère irritation de la paroi du canal est nécessaire. Une sonde molle enduite d'une deuxième culture sur gélose de *Micrococcus pyogenes aureus* portée doucement jusqu'au col de la vessie n'a rien produit ; mais recommençant une semaine après la même manœuvre et retournant plusieurs fois brusquement la sonde dans le canal, je déterminai la production d'un écoulement séro-purulent peu abondant, qui dura quatre jours et ne s'accompagna d'aucune douleur. L'écoulement débuta trente heures environ après le passage de la sonde ; le malade était affecté d'un ténesme vésical assez douloureux qui disparut pendant les quelques jours que dura l'écoulement.

J'ai essayé à deux reprises différentes de porter sur la muqueuse uréthrale saine une deuxième culture de *Micrococcus pyogenes albus*, mais sans déterminer aucune inflammation.

Je n'obtins pas plus de résultat avec une culture de *Micrococcus* (*streptococcus*) *pyogenes* vieille de sept mois. On sait d'ailleurs que cette espèce perd très rapidement ses pro-

priétés virulentes. Toutefois, les cultures jeunes produiraient peut-être des effets appréciables; l'exemple précédemment cité de Bockhart et de Wolf montre en effet que les cocci en chaînettes non cultivés ont pu déterminer un écoulement.

Peut-être y a-t-il lieu de tenir compte dans ces divers cas de la partie du canal sur laquelle a porté l'irritation. L'épithélium n'est nulle part aussi épais qu'au niveau de la portion antérieure de l'urèthre, et à la desquamation plus facile de l'épithélium vers le milieu du canal correspond sans doute une susceptibilité plus grande de la muqueuse à l'égard des microbes pyogènes.

L'étiologie de ces uréthrites développées par le passage de sondes malpropres, etc., est donc très simple. Mais, aujourd'hui, avec les précautions antiseptiques usitées généralement, on observe encore parfois des uréthrites par suite du séjour prolongé de sondes dans l'urèthre. La pathogénie de ces uréthrites serait assez obscure si nous ne savions qu'il existe sur la muqueuse uréthrale, même saine, les germes vulgaires de la suppuration. Le cathéter favorise au niveau de certains points la desquamation épithéliale et par conséquent la pénétration des microbes pyogènes.

Dans l'étude de cette première série d'uréthrites produites par l'irritation directe du canal, j'ai laissé de côté les faits bien connus de Swediaur et de Cullerier, qui ont déterminé des écoulements par l'injection dans l'urèthre d'une solution ammoniacale. Il est probable que l' « évacuation considérable de matière puriforme, jaune verdâtre » observée en pareil cas est un phénomène du même ordre que celui qui se passe lorsqu'on a injecté du nitrate d'argent pour essayer de faire avorter la blennorrhagie tout à fait à son début.

L'étiologie des uréthrites déterminées par l'ingestion de substances diverses, nitrate de potasse, cantharidine, iodure de potassium, etc., est plus obscure. On ne peut guère faire que deux hypothèses à ce sujet : ou bien ces substances sont pyogènes par elles-mêmes, ce qui n'est guère probable,

ou bien elles déterminent une irritation de la muqueuse uréthrale favorisant la pénétration des bactéries pyogènes qui peuvent exister à sa surface. Cette seconde manière de voir est probablement celle qui doit prévaloir. Cependant, je n'ai pu la vérifier dans un cas d'uréthrite simple survenue chez un étudiant en médecine indemne de toute affection vénérienne, n'ayant eu aucun rapport depuis au moins un mois, et qui croyait devoir rapporter son écoulement à l'ingestion d'une assez grande quantité de bière. Les cultures sur plaques que je fis à trois reprises différentes ne présentaient aucune colonie de microbes pyogènes. Il s'y trouvait par contre, au milieu des bactéries saprophytes habituelles de l'urèthre, un court bacille que j'ai signalé dans un précédent mémoire sous le nom de bacille n° 3. Cette espèce, dont la culture se fait mal sur les divers milieux, est-elle pyogène, ou bien les microbes ordinaires de la suppuration existaient-ils dans ce cas en si minime proportion que je n'ai pu les déceler? Il y a là matière à de nouvelles recherches.

Uréthrites simples survenues à la suite du coït. — Le diagnostic de ces formes d'uréthrites ne peut être posé avec certitude qu'après l'examen bactériologique. Des symptômes cliniques, si variables d'intensité, aucun n'est pathognomonique. Quant à l'examen de la femme incriminée il pourra mettre sur la voie du diagnostic; mais il faudra toujours avoir présentes à l'esprit les localisations folliculaires et uréthrales qui peuvent si facilement passer inaperçues, et dont la ténacité a été mise en relief dans les exemples bien connus que nous ont laissés A. Guérin et Martineau.

Le nombre des cas analysés est encore trop restreint pour qu'il soit possible, à l'heure actuelle, de formuler des données générales sur l'étiologie de ces uréthrites.

Icard a signalé à la Société des sciences médicales de Lyon, en juin 1884, un cas d'écoulement survenu chez un de ses clients dont la femme était atteinte d'un phlegmon

rétro-utérin. Mais aucune recherche ne fut faite à ce sujet. Dans un cas semblable, j'ai trouvé en grande quantité le *Micrococcus cereus albus* (*Annales* 1er août 1888). Rauzier (de Montpellier), dans trois cas d'uréthrites sans gonocoques survenues à la suite de coït avec des femmes saines, signale « soit des cocci isolés, et des diplococci plus volumineux que les gonocoques », soit des éléments bactériens se colorant par la méthode de Gram, et dont il n'indique pas autrement la nature.

Quelles sont les conditions qui président au développement d'une uréthrite à la suite du coït avec une femme indemne de blennorrhagie? C'est là une question des plus obscures. Diday rapporte l'histoire d'un Espagnol qui, pour expier une infidélité, s'était condamné à pratiquer régulièrement le coït avec sa femme qui avait un cancer ulcéré du col utérin à sa dernière période; après trois semaines de rapports presque journaliers, il n'avait pas d'écoulement. D'autre part, De Amicis a produit expérimentalement des écoulements en transportant dans des urèthres sains le pus de vulvo-vaginites spontanées survenues chez des petites filles qui n'avaient été soumises à aucune tentative criminelle et qui étaient parfaitement vierges.

Ces faits auront probablement leur explication, lorsqu'on connaîtra complètement les très nombreuses espèces bactériennes qui habitent les replis du vagin. Winter, déjà, a signalé dans le mucus vaginal l'existence des micro-coques pyogènes ordinaires. Dans un cas de leucorrhée fétide, j'ai trouvé le *Bacillus pyogenes fœtidus* de Passet. Peut-être existe-t-il aussi quelque espèce pathogène encore inconnue à laquelle on doive rapporter une partie des uréthrites survenues à la suite de rapports avec des femmes exemptes de blennorrhagie.

Quant aux uréthrites dites diathésiques ou développées à la suite des fièvres graves, nous savons trop peu de chose relativement à leur pathogénie pour qu'il en soit question ici.

On trouvera d'ailleurs plus loin une note relative à un cas d'uréthrite survenue à la suite d'une fièvre typhoïde, le seul cas pour lequel j'aie pu me livrer à des recherches bactériologiques.

Je terminerai ce court travail en faisant remarquer que si quelques points ont été élucidés relativement à l'étiologie des uréthrites simples, il reste cependant encore bien des inconnues dans la question. Mais un fait qui semble devoir être admis sans conteste, c'est qu'à côté de la blennorrhagie due à un agent spécial à la muqueuse uréthrale, il existe des inflammations de cette muqueuse sous l'influence de causes multiples et variées, réductibles en dernière analyse à l'action de diverses bactéries pathogènes.

REVUE CLINIQUE

Néphrectomie pour un rein en fer à cheval dont l'une des moitiés était atteinte d'hydronéphrose (1),

par M. le professeur Socin, de Bâle.

(Traduit par M. Vignard, interne à l'hôpital Necker.)

La malade qui fait le sujet de l'observation est âgée de 47 ans. Vers l'âge de 17 ans, elle fut prise environ tous les mois, sans rapport cependant avec la menstruation, de coliques violentes qui avaient pour point de départ une région circonscrite de l'hypocondre droit et persistaient quelques heures. Trois ans plus tard, elle découvrit pen-

(1) *Eine Nephrectomié bei einseitig erkrankter Hufeisenniere von Prof.*, Socin. *Beitrage zur klinischen Chirurgie Mitteilungen aus den chirurgischen Kliniken Tubingen zu Heidelberg, Zurich, Basel.* Band IX, Heft 1.

dant les accès une tumeur sensible à la pression, dure, mobile, grosse à peu près comme un œuf dans la région droite du bas-ventre ; après quelques heures de repos au lit, la tumeur disparaissait pour reparaître à l'accès suivant. Cet état persista sans grands changements jusqu'à la ménopause. A partir de ce moment, les accès devinrent plus fréquents et plus forts, la tumeur intermittente augmenta de volume jusqu'à acquérir la grosseur d'une tête d'homme. Dans le courant de janvier 1888 elle fit deux apparitions dont la première dura neuf jours, la seconde deux seulement. Le 16 mars elle se développa de nouveau au milieu de douleurs violentes et de vomissements répétés, et cette fois persista. La malade se plaint de douleurs sourdes, ininterrompues, est incapable de tout travail et doit garder le lit. Voici ce que l'examen de l'abdomen permet de constater : l'hypocondre droit est le siège d'une tumeur arrondie, grosse comme une tête d'enfant, vaguement fluctuante, un peu mobile dans le sens transversal. Ses limites sont en dedans la ligne blanche, en dehors une verticale abaissée du mamelon, en haut une ligne horizontale passant à un travers de doigt au-dessous des côtes; sa limite inférieure est à trois travers de doigt au-dessous du niveau de l'ombilic.

La percussion donne un son mat uniforme sur toute l'étendue de la tumeur, tympanique clair au pourtour, mais surtout il existe entre la matité du foie et celle de la tumeur une zone tympanique large de trois doigts.

L'examen des régions lombaires ne fournit que des renseignements obscurs : des deux côtés la percussion ne décèle pas nettement la matité normale des reins, par la pression bimanuelle, la main appliquée sur la tumeur en avant transmet un choc très obscur au doigt placé dans l'angle que forment les dernières côtes avec la colonne vertébrale. Du côté du petit bassin on ne trouve rien. Les urines sont normales en quantité et en qualité; et la malade n'aurait jamais rien remarqué de particulier de ce côté.

Le professeur Socin hésita entre un kyste d'origine indéterminable formé aux dépens de l'épiploon, du pancréas, et une hydronéphrose. Ce dernier diagnostic lui parut même plus vraisemblable et il expliquait le siège inaccoutumé de la tumeur vers la ligne médiane et en avant, ainsi que l'absence de contact lombaire par un déplacement du rein malade.

Sur le désir de la patiente, il fait le 26 avril une incision exploratrice le long du muscle droit de l'abdomen, met à nu sur une étendue restreinte la poche encadréc par le colon et extrait par la ponction avec l'aspirateur de Katsch environ 500 centimètres cubes d'un liquide tout à fait analogue à l'urine par sa coloration et son odeur. Vers le bord inférieur de la tumeur apparaît maintenant un bourrelet sombre qui semble être du tissu rénal aplati.

Ainsi il s'agit bien d'une hydronéphrose et probablement d'une hydronéphrose dans un rein de siège anormal.

Néanmoins Socin ne peut se résoudre à l'extirpation, car il existe encore une masse importante de tissu rénal en apparence sain et on peut espérer désobturer l'uretère. Il établit donc une large fistule entre le bassinet dilaté et la plaie abdominale. Le doigt introduit alors par l'orifice fistuleux perçoit les calices élargis et au fond de ces calices les papilles aplaties; par contre il est impossible de trouver l'embouchure de l'uretère.

Les suites furent des plus simples; l'urine évacuée par l'urèthre fut reconnue normale en quantité et en qualité, mais la fistule donna issue à partir du quatrième jour à une urine abondante et trouble dont l'examen dénonça de la néphrite parenchymateuse doublée de pyélite suppurée.

Le malade réclama une guérison radicale : Socin, se basant sur la suppléance parfaite du rein gauche y consentit, et procéda à l'opération le 12 mai, par la voie abdominale. Nous ne suivrons pas Socin dans tous les détails de l'opération : les adhérences furent détachées ou sectionnées plus ou moins péniblement, on lia le pédicule vasculaire et il ne restait

plus guère qu'à libérer l'extrémité inférieure du rein malade. C'est alors, mais alors seulement, que l'on s'aperçoit de la disposition suivante : cette extrémité inférieure se prolonge par une sorte de pont haut de 4 centimètres, épais de 2, qui passe transversalement au-devant de la veine cave et de l'aorte abdominale et va se confondre avec l'extrémité inférieure du rein gauche. En un mot, on se trouve en présence d'un rein en fer à cheval.

Socin, un instant dérouté, s'assure par une palpation attentive que l'isthme adhère seulement d'une façon lâche aux gros vaisseaux, et se décide à le sectionner au thermocautère. Cinq ligatures pratiquées ensuite sur la surface de brûlure suffisent à compléter l'hémostase, puis le moignon est recouvert avec les lambeaux de la capsule suturés entre eux. L'opération est terminée par un drainage abdomino-lombaire.

Les suites opératoires furent excellentes.

L'urine renferma le premier jour un peu d'albumine et d'hémoglobine, mais ne tarda pas à redevenir normale.

Le drain raccourci le 5ᵉ jour fut enlevé le 10ᵉ ; la malade se levait au bout de la deuxième semaine et sortait complètement guérie 25 jours après la seconde opération.

Elle fut revue 4 mois après, en octobre 1888, elle avait pris de l'embonpoint, des couleurs, et était capable de travailler, dit-elle, comme cela ne lui était pas arrivé depuis des années.

Dans les réflexions dont le professeur Socin fait suivre sa remarquable observation, il rappelle le cas de Braun (d'Heidelberg) qui seul est comparable au sien.

Il s'agissait d'un rein en fer à cheval dont une des moitiés était normale, l'autre atteinte de pyonéphrose ; l'anomalie ne fut reconnue que pendant l'opération. Il y avait une adhérence intime entre l'isthme et la veine cave ; et lorsqu'on essaya de libérer l'isthme en arrière, une hémorrhagie veineuse survint qu'on eut grand'peine à arrêter ; le malade mourut épuisé à la fin de l'opération.

Braun conclut en disant que la disposition du rein en fer à cheval est une contre-indication absolue à l'opération.

Socin trouve ce jugement trop sévère; pour lui c'est l'adhérence intime de l'isthme rénal à la veine cave et à l'aorte qui peut rendre l'opération impossible; or cette adhérence n'est pas constante.

En terminant il insiste sur les difficultés du diagnostic: l'examen rectal manuel préconisé par Simon est impraticable dans beaucoup de cas, et d'ailleurs ne donne pas toujours des renseignements suffisants. Schedeling a trouvé de la paralbumine dans le liquide de l'hydronéphrose et des éléments de l'urine dans le liquide des kystes ovariques. Enfin, à sa connaissance, on n'a pas encore diagnostiqué un rein en fer à cheval normal ou malade. C'est du reste une anomalie des plus rares, puisque sur 1 630 autopsies faites à l'institut pathologique de Bâle par le professeur Roth, de 1872 à 1879, elle n'a été rencontrée que 5 fois.

Incontinence d'urine chez une jeune fille, guérie par l'électrisation de l'urèthre,

par M. le docteur R. Jamin
ancien interne des hôpitaux.

Il est rare que l'incontinence d'urine des enfants persiste au delà de la puberté. Quand il en est ainsi, il y a lieu de s'inquiéter et de se demander à quel traitement cédera cette infirmité, qui jusque-là a résisté aux divers moyens thérapeutiques dirigés contre elle. Comme dans le cas que nous allons rapporter, la belladone, la strychnine, les préparations ergotées et ferrugineuses, etc., ont en effet été essayées déjà sans résultat durable; les pratiques hydrothérapiques, les précautions hygiéniques n'ont pas eu plus de succès.

En pareille circonstance, il est rare que l'on n'obtienne pas une guérison complète et définitive par l'électrisation localisée de l'urèthre, ainsi que l'a montré mon maître, le professeur Guyon. Avant lui, Weber, Mauduit, Guersant, avaient déjà tenté la cure de l'incontinence infantile par l'électricité; mais ces praticiens se contentaient de promener des tampons ou des pinceaux sur les régions périnéale, lombaire, hypogastrique, et n'obtenaient ainsi de la faradisation qu'une action des plus incertaines. C'est en s'appuyant sur le rôle capital joué par l'urèthre membraneux dans l'acte de la miction, que M. Guyon est arrivé à démontrer la haute valeur clinique de l'électrisation localisée à ce segment uréthral dans l'incontinence d'urine à forme infantile, quel que soit d'ailleurs l'âge des malades. Si chez l'homme ou le jeune garçon il est facile de limiter l'application du courant à ces quelques millimètres qui constituent le *locus minoris resistentiæ,* il n'en est pas tout à fait de même dans le sexe féminin : la femme, en effet, ne possède pas ce sphincter membrano-musculeux qui, chez l'homme, sépare l'un de l'autre les deux urèthres et représente en somme le véritable appareil occlusif du réservoir urinaire. C'est donc tout l'urèthre qu'il faut électriser chez elle, lorsqu'on veut traiter par les courants induits l'incontinence d'urine; mais, malgré ce défaut de précision exacte dans l'application de l'agent thérapeutique, les résultats n'en sont pas moins excellents, ainsi que le démontre l'observation suivante :

Mlle A. B..., âgée de 15 ans et demi, m'est amenée par sa mère le 27 janvier 1888 : cette jeune fille, me dit-on, est atteinte, depuis son enfance, d'incontinence nocturne, jamais diurne. C'est toutes les nuits, ou à peu près, qu'elle mouille son lit : il ne se passe pas plus d'une ou deux nuits par mois sans qu'il en soit ainsi. Un grand nombre de traitements, les uns purement empiriques, les autres vraiment scientifiques, ont été essayés sans résultat. Pen-

dant un certain temps, on s'est astreint à réveiller la jeune malade une ou deux fois par nuit; mais, dès qu'on interrompt cette pratique, les mictions nocturnes inconscientes se reproduisent. La jeune fille, qui jusqu'à présent a expérimenté avec énergie et persistance tous les traitements qu'on lui a conseillés, est vraiment désolée de la ténacité de son infirmité et se déclare prête à subir tout ce qui pourra la guérir d'une façon définitive.

J'examine et j'interroge : je ne découvre aucune cause précise à cette incontinence, qui me semble devoir être qualifiée d'*essentielle*. Pas de tare névropathique personnelle ni héréditaire, un peu de chloro-anémie, mais aucun signe d'hystérie, même plus ou moins fruste. Les règles sont apparues pour la première fois en juillet 1887, sans malaise bien marqué. On avait fait espérer à la famille que l'incontinence cesserait à l'établissement de la menstruation, mais il n'en a rien été. Après une interruption de quatre mois, les règles sont revenues en novembre, mais elles ont manqué de nouveau en décembre et en janvier.

D'après l'enseignement de mon maître, le professeur Guyon, et d'après les quelques succès que j'avais déjà obtenus en pareil cas (il est vrai que je n'avais encore traité ainsi que des garçons), je conseillai de suite l'électrisation de l'urèthre. Mais, outre que cette proposition sembla effrayer quelque peu la pudeur de la jeune fille, ce traitement n'était pas d'une application facile, étant donné que la malade et sa famille n'habitaient pas Paris et ne pouvaient y séjourner en ce moment pendant une période suffisamment prolongée.

Je me contentai donc de prescrire le traitement belladoné qui, entre les mains de Bretonneau, de Trousseau et de Blache notamment, a donné tant de guérisons. Des pilules contenant chacune un centigramme d'extrait de belladone furent formulées, avec recommandation d'augmenter graduellement la dose quotidienne proportionnellement aux résultats obtenus.

Pendant trois mois consécutifs, la jeune malade fut soumise à cette médication belladonée, et la dose fut même portée progressivement jusqu'à 20 centigrammes de belladone par jour. Au bout de trois mois et quelques jours (le 4 mai), je revois Mˡˡᵉ B..., qui n'a pas interrompu son traitement un seul jour depuis le 27 janvier. Certes, il y a amélioration, en ce sens que parfois elle ne mouille pas son lit pendant deux ou trois nuits de suite; mais, ces rémissions ne sont que tout à fait passagères et sont suivies de périodes de dix, quinze ou vingt jours, pendant lesquelles l'incontinence se reproduit toutes les nuits. Les règles sont revenues en février et, depuis lors, tous les mois ou plus exactement tous les 26 jours. Toujours, aux époques cataméniales, et pendant les quelques jours qui les précèdent et les suivent, l'incontinence nocturne existe.

Depuis sa dernière visite, Mˡˡᵉ B... a notablement pâli; je supprime la belladone et j'institue une médication tonique accompagnée d'un traitement hydrothérapique. En outre, je conseille les dragées Grimaud au fer et à l'ergot de seigle à la dose de 4, 6 et 8 par jour, puisque la malade ne peut encore se soumettre à l'électrisation.

Du mois de mai au mois de décembre, on continue ainsi avec quelques intervalles de repos, pendant lesquels l'incontinence ne paraît pas plus accentuée que durant le traitement. A cette visite du 7 décembre, je consulte le cahier que Mˡˡᵉ B..., sur mes conseils, avait établi et tenu avec une scrupuleuse exactitude, et où elle marquait chaque jour par un signe + ou — si elle avait ou n'avait pas uriné au lit dans la nuit précédente. Or, l'alternance de ces deux signes est des plus irrégulières. Tantôt à six nuits consécutivement *positives* succède une série non interrompue de onze nuits *négatives*. Puis le signe + revient une fois sur deux pendant une semaine, puis trois nuits viennent avec le signe —, et ainsi de suite. Notons cependant que les nuits *humides* sont toujours plus fréquentes aux époques menstruelles.

En présence du caractère peu durable de l'amélioration obtenue depuis dix mois, Mlle B... est décidée cette fois à essayer l'électrisation uréthrale, et nous commençons immédiatement.

La première séance (7 décembre) dure à peine deux à trois minutes et est d'une très faible intensité; d'ailleurs, les suivantes ne sont jamais prolongées au delà de cinq minutes et le courant ne traverse qu'une bobine à gros fil et à peine poussée à moitié (petit appareil de Chardin).

On continue les séances les 9, 11, 13 et 15 décembre : le lendemain de cette cinquième électrisation, dans la nuit du dimanche 16 au lundi 17, la jeune fille urine au lit pour la première fois depuis le commencement du traitement faradique. Le lendemain, ses règles paraissent, en avance de deux jours sur leur époque : elles durent cinq jours; pas d'autre miction inconsciente les nuits suivantes.

Les électrisations sont reprises les 22, 24, 26, 28 et 31 décembre, et le 4 janvier. Pas d'incontinence pendant toute cette période. A ce moment, la jeune malade quitte Paris, n'ayant uriné au lit qu'une seule fois (17 décembre, veille des règles) du 7 décembre au 4 janvier; il y a eu en tout onze séances d'électrisation.

Depuis lors, l'incontinence n'a reparu qu'une fois (nuit du 10 au 11 janvier) et les règles sont venues le lendemain; celles du 5 février et du 2 mars n'ont été accompagnées d'aucune perte involontaire de l'urine dans la nuit qui a précédé leur apparition.

L'heureuse influence de la faradisation uréthrale est trop évidente dans ce cas pour que j'y insiste plus longuement. Le succès est d'autant plus appréciable ici qu'il s'agissait d'une fille et que le sexe féminin est généralement plus rebelle que l'autre à ce mode de traitement, en raison des différences anatomo-physiologiques de l'urèthre. Notons, en outre, que cette jeune malade avait dépassé la puberté, la venue des règles n'ayant en rien diminué son incontinence, comme on l'avait laissé espérer à sa famille.

Enfin, l'incontinence nocturne datait de l'enfance, se répétait toutes les nuits lors de la première visite de la jeune fille et n'avait été que bien faiblement améliorée par les traitements médicamenteux et autres essayés tout d'abord.

Au point de vue du manuel opératoire, j'ajouterai que c'est toujours le pôle négatif que j'ai introduit dans l'urèthre sous forme d'une petite olive nickelée du calibre n° 16 de la filière Charrière, cette dimension me paraissant devoir déplisser suffisamment la muqueuse uréthrale, sans trop distendre le canal, de façon à influencer convenablement les fibres circulaires des couches musculaires sous-muqueuses. L'olive métallique était promenée dans toute la longueur de l'urèthre, sans arriver toutefois au méat interne et à plus forte raison dans la vessie. L'électrode positive était appliquée, non pas à la région hypogastrique, mais sur la cuisse, de manière à éviter toute action sur la vessie.

REVUE DES JOURNAUX

PRESSE DES ÉTATS-UNIS

1° Taille hypogastrique chez un homme de 69 ans, sujet a des hématuries profuses provenant d'une source anormale: guérison, par M. le docteur Watson. — Le malade a commencé à souffrir, vers l'âge de 59 ans, de rétention d'urine causée par une hypertrophie de la prostate. — Cinq ans plus tard, nouvelle rétention; cathétérisme; mais à partir de cette époque il fut obligé d'avoir recours à la sonde pour pouvoir uriner. Il y a environ trois ans, il constata la présence du sang dans l'urine; l'hémorrhagie devint abondante; la vessie se remplissait de caillots qui ne pouvaient sortir par la sonde. Ces hémorrhagies se répétèrent fréquemment, sans toutefois

causer de douleur autre que celle produite par les caillots qui distendaient la vessie. L'année qui précéda celle de son entrée à l'hôpital, le malade remarqua « des débris de chair » dans son urine, ce qui fit songer à une tumeur intra-vésicale. Ce diagnostic fut porté par un médecin éminent de New-York, qui assura au malade qu'il voyait la tumeur à l'aide du cystoscope; et d'ailleurs l'examen microscopique confirmait sa découverte.

Lorsque le docteur Watson reçut le malade dans son service, celui-ci était très anémié. Comme les hémorrhagies menaçaient d'emporter le malade très promptement, la taille hypogastrique fut décidée, d'après le procédé de Petersen.

On constata d'abord que la vessie avait ses parois très amincies, mais elles étaient parfaitement unies et ne présentaient pas la moindre tumeur papillomateuse ou autre, sauf cependant une saillie énorme formée par les lobes latéraux de la prostate très hypertrophiée. Ces lobes étaient réunis par un sillon moins élevé, mais qui présentait, à moitié chemin de sa base, une perforation qui avait dû évidemment être faite par un instrument. Tout autour de cette perforation on voyait une surface large comme la face palmaire du pouce, couvert de granulations exubérantes et molles; et c'est de là seulement que provenaient les hémorrhagies intra-vésicales. Les deux lobes prostatiques furent séparés à l'aide d'un bistouri mousse et enlevés avec le serre-nœud, et la surface granuleuse enlevée avec les ciseaux et la curette.

La vessie et la plaie d'opération furent laissées telles quelles sans points de suture : on plaça seulement un gros drain double plongeant jusqu'au fond de la cavité vésicale. Les premiers jours qui suivirent, il n'y eut aucun accident, mais trois semaines après, le malade fut pris d'accidents cardiaques avec asystolie. L'urine diminua en quantité et en principes solides. La digitale, les stimulants le ramenèrent à la vie, quarante-huit heures plus tard on voulut substituer le strophantus à la digitale; mais les accidents cardiaques reparurent et ne furent conjurés que par l'usage de la digitale qui fut continuée pendant quelque temps, et le malade sortit de l'hôpital au bout de six semaines. Mais la miction volontaire ne put être rétablie. Sauf ce point la guérison s'est maintenue et le malade regagne des forces de jour en jour (*The Boston med. et surg. Jo.* 7 mars 1889).

2° Hématurie chez un homme, présentant par ses retours périodiques une certaine ressemblance avec les époques menstruelles, par le docteur Warren Chapin. — Ces faits remarquables d'hématurie chez l'homme se renouvelant périodiquement chaque mois, simulant la menstruation par leur forme cyclique, sont considérées comme se rencontrant très rarement dans la pratique médicale. Chez la femme ces faits s'observent plus fréquemment; mais en ce qui concerne l'homme, l'auteur n'en a trouvé que trois cas dans la science. Deux appartiennent à Rayer. L'un de ces faits a trait à un boucher de Sedan, et l'infirmité de ce malheureux provoqua un tel sentiment de dégoût chez ses clients qu'ils ne voulurent plus s'approvisionner chez lui.

Chopart cite un fait analogue chez un jeune soldat (1). La rareté de ces cas a engagé le docteur Chapin à publier le fait suivant qu'il a eu l'occasion d'observer.

Le malade, marié, âgé de 58 ans, pesant environ 200 livres (90 kilogs), a toujours joui d'une santé exceptionnelle. En février 1888, il glissa sur de la glace et fit une chute sur le

(1) Ce fait n'appartient pas à Chopart, il a été communiqué à la Société médicale d'émulation en 1809 par le docteur Chaumeton et rapporté par le docteur Felix Pascal. Le voici tel qu'il est mentionné en note dans le traité de Chopart revu par Ségalas, page 282, édition de 1855 : « Le nommé Grosjean, soldat né en 1778, tomba, à l'âge de 19 ans, dans un état de langueur, d'abattement et de malaise semblable à celui qui précède, chez les filles, la première éruption menstruelle. Une tumeur parut à la région hypogastrique : quinze jours après, elle s'accompagna de douleurs et il se manifesta une dysurie insupportable. L'opération de la sonde ayant été pratiquée, il sortit une grande quantité d'urine mêlée de sang, en partie fluide et en partie coagulée. Alors la tumeur hypogastrique, la douleur et la dysurie disparurent comme par enchantement. Depuis ce temps Grosjean a toujours joui d'une bonne santé, et chaque mois il rend par l'urèthre dix à douze onces de sang très pur. Cet écoulement a la plus grande analogie ou plutôt une identité parfaite avec le flux menstruel : des phénomènes semblables précèdent, accompagnent et suivent son apparition, et il est influencé par les mêmes circonstances. C'est ainsi qu'une fois entre autres cet homme, à l'époque de son écoulement périodique, fut obligé de traverser une rivière à la nage ; le flux se supprima, le malade éprouva une vive douleur aux lombes, une céphalalgie cruelle, et resta six mois faible, languissant, tourmenté par des nausées, des vomissements et de fréquentes attaques de dysurie qui exigeaient l'emploi de la sonde, et se terminaient par l'évacuation d'une urine sanguinolente. — Grosjean est d'un tempérament lymphatico-sanguin, comme la plupart des femmes ; il possède d'ailleurs tous les attributs de la virilité, est grand, vigoureux, a la voix mâle, la figure ornée de barbe, les mamelles non proéminentes, les parties de la génération très bien développées ; il est marié et père de deux enfants sains et robustes.

pavé, sans éprouver d'autre mal qu'une légère entorse. Trois semaines après sa chute, il commença à émettre des urines sanguinolentes ; il rendit quotidiennement environ une once de sang pendant plusieurs jours, quand l'hémorrhagie cessa. Un mois après, il remarqua de nouveau que son urine contenait du sang ; et depuis cette époque l'hématurie se reproduisit chaque mois. La quantité de sang émis chaque jour pendant ces crises était d'environ une once et demie (42 grammes) ; et l'hémorrhagie durait pendant quatre ou cinq jours. Ces crises d'hématurie se produisaient d'une façon si régulière que le malade pouvait toujours prédire le jour qu'il aurait son indisposition. Chaque période était habituellement précédée de nausées, de vertiges, de douleur et d'une sensation de pesanteur dans la région lombaire, et quelquefois de céphalalgie.

Dans plusieurs circonstances, il éprouva des douleurs lancinantes le long du trajet des uretères, douleurs s'irradiant à l'extrémité de la verge. A une prochaine miction le jet s'arrêtait soudainement, et recommençait lorsque le malade prenait la position horizontale. Quelques instants après, un petit caillot sortait par l'urèthre. La quantité d'urine était normale, et la miction n'était ni douloureuse ni difficile. Le sang était toujours intimement mélangé à l'urine, était aussi abondant au commencement qu'à la fin et ne se montrait jamais en dehors de la miction.

Pendant les quatre ou cinq jours que durait une crise la quantité de sang rendu chaque jour était à peu près égale. De temps à autre pendant le jour, il émettait une urine claire, mais celle-ci renfermait néanmoins des globules sanguins.

L'examen physique ne donna que des résultats négatifs. Bien que l'urine fût examinée très souvent, on ne découvrit pas d'albumine.

Il n'y avait ni cystite ni uréthrite. L'examen au microscope ne fit découvrir aucune anomalie dans l'urine, sauf la présence de quelques globules sanguins, quelques cristaux d'acide urique, et des cellules épithéliales de la vessie.

La sonde ne révéla la présence ni d'un calcul, ni d'une tumeur papillomateuse de la vessie, ainsi qu'on le soupçonnait. Au mois de septembre dernier, il eut une hémorrhagie extrêmement abondante, à la suite de laquelle il devint en quelque

sorte anémié et très maigre. La quantité de sang qu'il perdait lui causait une faiblesse extrême. L'acide gallique à la dose de quinze grains arrêta l'hémorrhagie. Je fis prendre l'acide gallique quelques jours avant le retour de chaque crise, et le continuer pendant la période habituelle d'hémorrhagie. Depuis cette époque, deux mois se sont écoulés, et l'hématurie n'a pas reparu.

Lors de sa dernière crise, je fus appelé une nuit le 19 décembre et je le trouvai sous l'impression des phénomènes prodromiques de l'apoplexie : pouls plein et bondissant, céphalalgie, vertiges et paralysies de l'épaule et du bras gauche. La température était normale. Il dit d'ailleurs avoir éprouvé ces mêmes malaises auparavant. Ces symptômes disparurent rapidement.

Le diagnostic de ce cas, dit le docteur Chapin, ne peut être fait que par exclusion. En examinant les symptômes avec soin, on arrive à déduire que les reins sont l'origine probable de l'hémorrhagie.

Si on accepte cette hypothèse que l'hémorrhagie avait une origine rénale on doit éliminer les lésions qui se présentent dans ces organes et qui pourraient provoquer ces hémorrhagies : telles que le carcinome, la maladie de Bright, les abcès ; d'autant plus que le microscope ne révéla aucune trace d'affection rénale, que jamais on ne constata trace d'albumine et que la quantité d'urine émise chaque jour était normale. Dans le cancer du rein l'hémorrhagie est quelquefois abondante, et se rencontre par intervalles, mais on trouve des cellules cancéreuses dans l'urine.

Il n'y avait à invoquer aucun *état général* tel que l'impaludisme, attendu qu'on n'en découvrait aucun symptôme. La présence dans l'urine des éléments figurés du sang, découverts par le microscope, fait exclure ce qu'on désigne sous le nom d'hémoglobinurie ou hématurie paroxystique, état dans lequel l'hémoglobine se sépare du sang et se montre dans l'urine.

Enfin la forme d'hématurie due à la présence d'un petit parasite, le *Bilharzia hemathobia*, ne se rencontre que dans les climats chauds : il faut donc éliminer cette étiologie.

La chute que fit le malade, trois semaines avant cette attaque d'hématurie, s'est tout d'abord présentée à moi comme pouvant entrer au nombre des causes. Ashunt, Robert, Beale et

plusieurs autres auteurs, rapportent des faits dans lesquels un violent effort musculaire, une chute, un choc, provoquent souvent la rupture d'un petit vaisseau rénal, habituellement un capillaire des glomérules de Malpighi, suivi d'une ou plusieurs crises d'hématurie qui peuvent se montrer par intervalle. Dans ce cas l'absence d'éléments du sang dans l'urine, indiquait que l'hémorrhagie provenait du bassinet, si réellement elle avait une origine rénale.

Lorsque je vis le malade dans la nuit du 19 décembre, j'examinai le cœur et je constatai une légère augmentation du second bruit aortique, indiquant une altération des artères. Ce fait, rapproché des symptômes apoplectiques qu'éprouva le malade dans différentes occasions, offre une certaine signification. Mon avis est qu'on peut considérer ce cas comme un cas d'hémorrhagie essentielle, causée par un état général du système vasculaire, et en particulier des vaisseaux du rein : de même que la perte de sang coïncidant avec l'ovulation est essentielle, en soulageant la turgescence vasculaire des organes générateurs qui se montre dans cette circonstance. Cette preuve que cet écoulement sanguin soulage la tension vasculaire, nous la trouvons dans ces cas particuliers de menstruation par substitution, cas dans lesquels un écoulement sanguin plus ou moins régulier se fait pas des organes autres que l'utérus; et il ne semble pas impossible que l'hémorrhagie provenant des reins de ce malade n'ait pas soulagé la tension d'un système vasculaire surchargé pas suite de transformation fibreuse, et ait ainsi empêché les crises d'apoplexie qui seraient survenues autrement. Cette raison serait-elle plausible qu'elle n'explique pas le retour régulier de ces écoulements, qui rendent ce fait si particulièrement intéressant (*New-York med. Journ.* 6 avril 1889).

3° Cystotomie sus-pubienne dans un cas de rétention due a l'hypertrophie prostatique sénile, par le docteur Richardson. — G... G., âgé de 70 ans, souffrit d'excitation vésicale pendant la dernière partie de l'été de 1888. Cet état empira jusqu'au mois d'octobre, époque où il eut une cystite très violente. Le malade ne voulut pas entendre parler d'opération, et continua à faire usage de médicaments indiqués par les annonces des journaux.

Enfin le 25 décembre 1888 il fut pris de rétention.

Le docteur Richardson commença d'abord par examiner la prostate, qu'il trouva énormément hypertrophiée sans que cependant il y eût disproportion entre les deux lobes. Toute tentative de cathétérisme resta infructueuse, et comme la vessie se distendait de plus en plus et que les souffrances du malade devenaient de plus en plus vives, on pratiqua la ponction aspiratrice sus-pubienne. Cette opération apporta du soulagement au malade, qui put même dormir un peu : mais le cathétérisme resta toujours impossible, et on fut obligé de revenir aux ponctions aspiratrices, le malade ne voulant à aucun prix se soumettre à une opération. Enfin, les souffrances augmentant de plus en plus, les ponctions devenant de plus en plus fréquentes, le malade consentit à se faire opérer.

On pratiqua la taille hypogastrique, mais le malade ne put garder le tube à drainage plus de deux heures. On l'enleva et on se contenta de mettre sur la plaie des compresses de ouate hydrophile phéniquée destinée à absorber l'urine et autres liquides provenant de la plaie. Malgré cela, les suites de l'opération furent aussi satisfaisantes que possible et, après la cicatrisation complète de la plaie, le malade pouvait rester trois heures sans uriner, et la miction n'était nullement douloureuse. La guérison était complète au bout d'un mois.

L'auteur fait remarquer que les nombreuses ponctions aspiratrices ne font courir aucun danger aux malades, mais qu'au point de vue de la sédation des symptômes douloureux, ce n'est qu'un palliatif. La taille sus-pubienne au contraire, en permettant une libre issue à l'urine, permet à la vessie de prendre du repos, et elle peut ensuite reprendre ses fonctions, sans aucune douleur pour le malade (*The New-York med. Report*, 9 mars 1889).

A. Rizat.

PRESSE ALLEMANDE

1° Uréthrotomie externe, par M. Ch. H. Scharlam. — Thèse fondée sur 25 observations recueillies à la clinique de Breslau. L'auteur conclut que l'uréthrotomie externe est une opéra-

tion bénigne ; qu'elle est le moyen souverain pour l'extraction des corps étrangers de l'urèthre et du col de la vessie, pour les diverses formes des rétrécissements de l'urèthre ; qu'on doit y avoir recours plus souvent qu'on n'en a coutume. Autant que possible, on fera la suture de l'urèthre, avec sonde à demeure (*Zur Kasuistik der Urethrotomia externa,* Dissertation de Breslau 1888, d'après *Centr. f. Chir.* 1889, p. 226).

2° **Irrigation de l'urèthre**, par M. A. Lanz. — La plupart des uréthrites antérieures guérissent bien par l'irrigation du canal. Lanz pense donc que les uréthrites postérieures doivent être justiciables de cette même thérapeutique. Mais il ne faut pas que le liquide pénètre dans la vessie : il faut que, par une sonde à double courant, on se borne au lavage de l'urèthre postérieur. L'auteur a inventé, pour ce faire, un cathéter spécial dont il donne la description détaillée (*Ein neuer Irrigationskatheter für die Harnröhre*, in *Monatsh. f. prakt. Dermat.*, 1889, t. VIII, n° 2, p. 58).

3° **Traitement opératoire de l'hypertrophie prostatique**, par M. Meinhardt Schmidt. — L'auteur relate une observation heureuse. Il a d'abord, par la taille hypogastrique, enlevé le lobe médian saillant ; mais le résultat ayant été insuffisant, il a eu recours, quatre semaines après, au procédé décrit par Harrisson (de Liverpool) et employé par lui dans 20 cas. Les urines étaient purulentes et la vessie renfermait plusieurs pierres. L'opération d'Harrisson est une boutonnière périnéale par laquelle on dilate l'urèthre à l'aide des dilatateurs utérins, au besoin avec des débridements au bistouri mousse. Lorsque le calibre a été suffisant pour recevoir l'index, M. Schmidt a placé à demeure une sonde de femme. Au septième jour, le cathétérisme par l'urèthre était possible ; peu à peu, la fistule hypogastrique se ferma. La miction volontaire est revenue (*Zur operativen Behandlung der obturirenden Prostatat hypertrophie*, in *Deutsche Zeitschr. f. Chir.* t. XXVIII, p. 391, d'après *Centr. f. Chir.* 1889, p. 93).

4° **Incontinence d'urine chez la femme**, par M. Schultze. — Dans l'incontinence « uréthrale », c'est-à-dire par relâchement

du sphincter, Schultze recommande l'opération suivante, qui lui a donné deux succès, dont un, il est vrai, n'a été obtenu qu'après plusieurs interventions.

Il excise un lambeau long de 3 centimètres, large de 1 centimètre au milieu et se terminant en pointe en avant et en arrière. Ce lambeau comprendra toute l'épaisseur de la paroi uréthro-vésico-vaginale. Puis les lèvres de l'incision sont suturées (*Ueber operative Heilung der urethralen Inkontinenz beim Weibe*, in *Wien med. Blätter*, 1888, n° 18 et 19, d'après *Centr. f. Chir.* 1889, p. 254).

5° Taille hypogastrique, par M. Ullmann. — Ce travail est dû à un élève d'Albert (de Vienne). Ce professeur ayant eu un assez grand nombre de revers par la taille hypogastrique ordinaire a songé à pratiquer la *taille en deux temps*, par une opération analogue à l'incision des kystes du foie par la méthode de Volkmann ; mais il a constaté que malgré cela on peut ouvrir le péritoine ; que la vessie se rétracte derrière le pubis et est difficile à bien trouver. Au total, 4 opérés avec 2 morts, dont 1 avant le second temps. Albert s'est donc décidé à revenir à la méthode ancienne, en un seul temps.

L'auteur termine son article par des considérations sur la suture de la vessie, et il donne les chiffres suivants : sur 19 sutures faites dans la clinique d'Albert après la taille hypogastrique, 18 ont été insuffisantes (*Ueber den zweizeitigen hohen Blasenschnitt* in *Wiener klinische Woch.* 1888, n° 36, d'après *Centr. f. chir.* 1889, p. 229).

(On peut rapprocher de ce travail un article critique publié par Dittel dans la *Wien. med. Woch.*, 1888, n°s 43-46, et analysé *ibid*, p. 227. Dans cet article, Dittel passe en revue les divers procédés nouveaux de taille hypogastrique, la taille sous-pubienne de Langenbuch, la résection du bassin de Niehans et d'Helferich ; les méthodes destinées à assurer le drainage et à éviter l'infiltration d'urine ; la suture de la vessie. Il continue à s'en tenir au manuel et au mode de drainage qu'il a déjà plusieurs fois publiés.)

6° Expression manuelle de la vessie, par M. Heddaüs. — Cette opération se pratique dans la rétention paralytique. Le sujet

étant couché sur le dos, les jambes fléchies, le chirurgien exerce des deux mains une pression progressive de la région hypogastrique et voit l'urine s'écouler en un jet vigoureux (*Die manuelle Entleerung der Harnblase*, in *Berl. klin. Woch.*, 1888, n° 43). Ce procédé, qui ne semble pas appelé à un grand avenir, a cependant donné lieu à une réclamation de priorité par M. Jesos Chico (de Guanajuanato, Mexique), au nom de son maître feu Brassetti (*Berl. klin. Woch.*, 1889, n° 31). (D'après *Centr. f. Chir.* 1889, p. 299.)

7° Enclavement d'un calcul dans l'uretère, par M. W. Wolff. — Il s'agit d'un homme de 27 ans, soigné quelque temps auparavant par Hofmokl pour une déchirure intra-péritonéale de la vessie avec disjonction de la symphyse. La vessie fut suturée. Trois mois après sa sortie de l'hôpital, il fut pris à droite d'une colique néphrétique intense, qui cessa au cinquième jour après expulsion d'un gros gravier phosphatique. M. Wolff pense que la suture vésicale aura fait faire à l'uretère un coude qui a retenu l'urine en arrière, et de là lithiase dans l'uretère et le bassinet (*Ein Fall von Einklemmung eines Nierensteins im rechten Ureter*, in *Wien Med. Presse* 1888, n° 32, d'après *Centr. f. Chir.* 1889, p. 96).

8° Mécanisme de l'hydronéphrose, par M. Hansemann. — L'auteur étudie le mode de formation de l'obstacle valvulaire qui dans l'hydronéphrose existe à la jonction de l'uretère et du bassinet. La direction du bord libre de cette valvule est un argument en faveur de son origine mécanique, par le poids de la tumeur rénale. Si en effet on suppose fixé l'orifice supérieur de l'uretère, le poids de la tumeur rénale doit avoir pour effet de provoquer en ce point une flexion, d'où un repli valvulaire sur le bord inférieur de l'orifice uretéral. Or c'est précisément ce que font voir les autopsies. L'altération se produira pourvu qu'une cause quelconque ait provoqué un début d'hydronéphrose (*Beitrag zur Mechanik der Hydronephrosen*, in *Virchow's Archiv*, Bd. CXII, d'après *Centr. f. Chir.*, 1889, p. 222).

9° Traitement de l'hydronéphrose congénitale, par M. Th. Römer. — Cette étude est fondée sur une observation de Kauf-

mann. L'enfant étant âgé d'un an a subi la néphrotomie pour une hydronéphrose gauche; puis, la fistule persistant, la néphrectomie a été pratiquée. Mais il faut toujours commencer par la néphrotomie, car l'auteur cite deux cas où elle a été suivie de guérison complète. Cette même thèse contient une étude sur l'exstrophie vésicale et l'épispadias (*Beitrag zur Kentniss und Behandlung der angeborenen Hydronephrose und zur Genese der Blasenspalte*. Dissertation de Bâle 1888, d'après *Centr. f. Chir.* 1889. p. 223).

10° Lésions traumatiques des reins, par M. E. Grawitz. — 1° *Déchirures sous-cutanées.* — Étude fondée sur 102 observations déjà publiées (dont 90 déjà réussies par Edler) et sur 6 observations inédites dont 4 de Kuester (3 guérisons et une mort) et deux de Rinne (de Greifswald), avec une guérison et une mort. A l'autopsie on a trouvé dans le cas de Kuester une fracture du bassin, une légère déchirure de la vessie et du foie, une rupture longue de 1 centimètre de la face postérieure, du rein pénétrant dans le bassinet. L'autre autopsie a révélé une déchirure des gros vaisseaux du hile, avec un épanchement sanguin énorme autour du rein et dans la cavité abominale. La guérison de Rinne concerne une fille de 11 ans chez qui un hématome très volumineux s'est résorbé peu à peu. Il y a eu pendant quinze jours une fièvre assez vive, vespérale, due d'après Grawitz à la résorption de l'hémoglobine, substance pyrogène au dire de Bergmann et Angerer. Un des patients de Kuester a survécu malgré plusieurs hématuries secondaires.

Rien de neuf dans l'étude des symptômes; étude étiologique et mécanique insuffisante (il n'est pas fait mention, pour expliquer la direction et le siège des ruptures, du rôle joué par l'appui sur les pièces squelettiques). L'auteur se demande surtout quelles sont les causes de la suppuration, observée 17 fois, avec 10 guérisons. Le mélange de l'urine au sang ne l'explique pas. Il faut admettre que des micro-organismes agissent. Ils sont amenés soit par le sang (et éliminés par le rein), soit par les voies urinaires inférieures et l'uretère. Le cathétérisme du blessé a dans ces conditions une importance majeure. Grawitz vérifie les expériences par lesquelles Tillmanns a démontré la tolérance du rein pour les trauma-

tismes aseptiques. Sur 108 observations, il y a 50 morts. Mais 18 concernent des cas compliqués. Soit donc 90 cas sim ple avec 32 morts ou 35,5 p. 100 ; dont 14 par hémorrhagie immédiate, 8 par hémorrhagie tardive ; 7 par suppuration du rein ; 3 par insuffisance de la sécrétion urinaire.

2° *Plaies.* — Grawitz réunit 113 observations avec 68 morts, ou 60 p. 100. Mais si on fait abstraction des observations insuffisantes et des cas où la blessure rénale n'est qu'un épiphénomène, il reste 50 observations, dont 35 seulement sont simples. Ces 35 dernières donnent 31,5 p. 100 de mortalité. Là aussi la cause des accidents est avant tout la suppuration. Aussi bien pour les plaies que pour les ruptures, Grawitz conclut que l'on doit, autant que possible, éviter le cathétérisme (*Ueber Nierenverletzungen* in *Arch. f. klin. Chir.* 1889, t. XXXVIII, p. 420).

Dr A. Broca.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

I° Société de médecine de Paris.

Pathogénie et traitement des accès de fièvre de certains rétrécis, par le docteur Dubuc, ancien interne des hôpitaux (*Séance du 9 mars* 1889). — Deux malades, vieux rétrécis tous deux, âgés l'un de 76 ans, l'autre de 65, font le sujet de cette communication. Ils se trouvaient dans un état général des plus inquiétants, présentant des accès de fièvre à forme intermittente, lorsque M. Dubuc commença le traitement. Le port à demeure d'une bougie filiforme d'abord, puis d'une sonde dont on augmenta progressivement le calibre, fit disparaître complètement tous les accidents graves qui mettaient en danger la vie des patients. Par la sonde à demeure, on faisait de fréquents lavages vésicaux avec la solution concentrée d'acide borique, en même temps que s'effectuait l'évacuation complète de la vessie.

La dilatation de l'urèthre par les bougies souples d'abord, puis métalliques, rétablit définitivement le calibre du canal et maintint les deux malades en excellente santé.

Selon M. Dubuc, le lieu d'origine des accès de fièvre si inquiétants qu'il a observés chez ces deux malades était la vessie, laquelle, en raison de ses lésions, était devenue capable d'absorber l'urine altérée qui y séjournait. Il est évident toutefois que le rétrécissement jouait le rôle primordial dans leur production, puisque c'était lui qui déterminait la stagnation d'urine. Quant aux reins, malgré les quelques douleurs lombaires ressenties au moment des accès, ils n'ont vraisemblablement subi qu'un état congestif passager, d'ordre réflexe, et ils ne paraissent pas devoir être incriminés ici, et cela parce que : 1° l'exploration rénale était absolument négative, et 2° la disparition de la fièvre et des autres accidents a suivi immédiatement l'évacuation complète et régulière de la vessie.

Reste l'infection microbienne, par exemple par la bactérie septique de Clado, dénommée pyogène par Albarran et Hallé.

Certes les deux malades en question présentaient toutes les conditions qui favorisent le développement des micro-organismes dans la cavité vésicale : ils étaient en traitement depuis 25 à 30 ans, c'est-à-dire depuis une époque où l'antisepsie n'était pas pratiquée en chirurgie ; ils se sondaient souvent eux-mêmes, vidaient mal leur vessie et étaient atteints de cystite.

Néanmoins, M. Dubuc ne croit pas devoir attribuer ces accès de fièvre aux microbes introduits dans la circulation et se multipliant dans l'économie. Il y voit plutôt le résultat de l'absorption d'un de leurs produits de sécrétion, quelque substance pyrétogène, analogue à celle dont Hayem et Roussy entretenaient dernièrement l'Académie de médecine et dont une dose extrêmement minime introduite dans la circulation suffit à produire l'accès de fièvre le plus intense. Il s'agirait ici plutôt d'une intoxication que d'une infection, et on s'expliquerait ainsi la cessation rapide des accidents par l'évacuation complète de l'urine, contenant le poison en dissolution, tandis qu'elle serait difficile à comprendre avec l'hypothèse de microbes ayant pullulé dans l'organisme.

En terminant, M. Dubuc insiste sur les déductions pratiques qui découlent de ces faits : évacuation complète et lavages an-

tiseptiques de la vessie par la sonde à demeure, puis rétablissement du calibre uréthral, soit par la dilatation si rien ne presse, soit, dans les cas urgents, par l'uréthrotomie interne « qu'il faut, dit l'auteur, malgré des critiques qui ne sont pas toujours désintéressées, continuer à considérer comme une opération bénigne, quand elle est pratiquée suivant les règles précises et très simples, aujourd'hui bien connues, auxquelles il suffit de s'astreindre ».

M. Reliquet approuve la conduite tenue par M. Dubuc et rappelle que, dès 1865, il a démontré l'action heureuse et rapide du rétablissement du calibre uréthral par l'uréthrotomie interne sur les accidents fébriles et graves de l'intoxication générale, due à la stagnation d'une urine altérée dans les voies urinaires. A cette époque déjà, M. Reliquet pratiquait les lavages de la vessie et de l'urèthre avec la solution phéniquée au millième qu'il emploie encore et toujours avec succès.

II° Société des sciences médicales de Lyon.

Rupture de la vessie ; guérison, par le docteur Daniel Mollière (*Séance de janvier* 1889). — Un jeune homme fait une chute et la région périnéale porte sur une barre de fer; immédiatement, vaste épanchement sanguin dans tout le périnée, dans les bourses, et dans le tissu cellulaire de la partie inférieure de l'abdomen et de la partie supérieure des cuisses; en même temps, pouls filiforme, lèvres pâles, facies hémorrhagique, état général grave. M. Mollière ne juge pas à propos d'introduire une sonde par l'urèthre et il se borne à inciser largement le périnée; issue de caillots de sang et d'urine. On pouvait croire qu'il s'agissait là d'une rupture de l'urèthre au niveau du ligament de Carcassonne, mais le doigt introduit dans l'une des incisions périnéales constatait une fracture des deux branches ascendantes du pubis : une esquille fut même ramenée. Un drain fut mis en place, et, quelques jours après, le gonflement avait en partie disparu. Une sonde pénétra alors facilement dans la vessie par l'urèthre; celui-ci n'avait donc pas été sectionné. On était en présence d'une déchirure du bas-fond de la vessie sans lésion du col, déchirure rappelant la taille préco-

nisée jadis par Jobert et produite par un fragment des branches ascendantes du pubis. La sonde fut laissée en place pendant deux jours; après quoi, la cicatrisation s'obtint spontanément et la guérison fut complète.

M. D. Mollière se demande si l'on ne pourrait pas, dans certains cas de néoplasmes de la vessie, aborder cet organe par son bas-fond, après avoir réséqué les branches ascendantes du pubis.

III° Société de médecine de Lyon.

1° De l'oxalurie rénale, par le docteur Debout-d'Estrées, de Contrexéville (*Séance du 4 février* 1889). — L'auteur présente à la Société un travail sur ce sujet qu'il a lu le 20 novembre dernier à l'Académie de médecine de New-York. Sa statistique thermale de Contrexéville lui a fourni en effet depuis vingt ans une moyenne de 47 cas d'oxalurie sur 1 000 de gravelle chez les malades français contre 79 sur 100 chez les malades américains. Du reste, ces chiffres semblent concorder avec les statistiques des deux nations, puisque Bouchardat trouvait en France 143 noyaux oxaliques sur 1000 calculs analysés, et que Bigelow, le célèbre chirurgien de Boston, en signale dans son pays 430 sur 1 000.

De ce travail et de la discussion à laquelle ont pris part plusieurs membres de l'Académie, et surtout le docteur Keyes, il résulte que les Américains, en majorité dyspeptiques et nerveux, ingèrent en outre force aliments contenant de l'oxalate de chaux, alors que nos compatriotes pèchent plutôt par une vie trop sédentaire et une alimentation trop animalisée.

2° Cystotostomie sus-pubienne (création d'un urèthre contre nature) dans les rétentions prostatiques, par le professeur A. Poncet (*Même séance*). — L'opération que M. Poncet désigne sous le nom de *cystostomie* n'est autre chose que la taille sus-pubienne, avec suture des bords de la vessie et des lèvres de la plaie abdominale, de façon à maintenir perméable l'ouverture de la vessie, comme celle de l'intestin dans l'*entérostomie*.

Sur cinq prostatiques, atteints de rétention complète et chez

lesquels le cathétérisme était devenu impossible en raison de l'hypertrophie énorme de la glande ou de fausses routes antérieurement créées, M. Poncet a vu à la suite de son opération cesser immédiatement l'état général grave des malades et la guérison se faire rapidement. Considérant la ponction capillaire hypogastrique, l'établissement à demeure de la canule d'un trocart courbe par l'hypogastre, les ponctions périnéales ou surtout rectales, comme des manœuvres plus ou moins dangereuses, il insiste sur les avantages de cette fistule sus-pubienne permanente, qui assure l'écoulement constant et facile de l'urine, permet les lavages vésicaux et, tout en ne laissant dans la vessie aucun corps étranger, supprime toute manœuvre, toute tentative chez un urinaire, dont les organes doivent être laissés dans le repos le plus complet.

Quant à l'innocuité de cette intervention, elle est la même, et pour les mêmes causes, que celle de la taille hypogastrique.

Le cathétérisme par l'urèthre n'est repris qu'après un temps variable, et seulement lorsque l'état général du sujet le permet; parfois le cours de l'urine se rétablit de lui-même et il suffit alors d'abandonner les choses à elles-mêmes pour que la plaie de la vessie se cicatrise.

M. Poncet se demande si ce mode d'intervention ne serait pas applicable, non seulement aux prostatiques atteints de rétention complète, mais encore à ceux chez lesquels les cathétérismes doivent être répétés plusieurs fois par vingt-quatre heures et sont difficiles et douloureux, et chez lesquels la sonde à demeure est mal supportée.

M. Vincent, tout en reconnaissant que la ponction capillaire sus-pubienne expose parfois le malade à certains accidents, ne croit pas cependant qu'il faille proscrire cette opération qui rend souvent de grands services. Il se demande en outre si la cystostomie doit être pratiquée d'emblée dès qu'une première tentative de cathétérisme a échoué, alors que peut-être le lendemain la sonde passera. Enfin, comment plus tard est-on sûr d'arriver à fermer la fistule?

M. Aubert demande à M. Poncet: 1° s'il emploie pour son opération le ballon de Petersen qui permet de faire une incision nette et franche, laquelle s'oppose mieux encore que les sutures à l'infiltration urineuse; 2° si certains de ses opérés sont

capables de garder leur urine et de la rejeter à volonté et par jets de leur fistule vésicale. Depuis l'emploi de la sonde de Nélaton et des lavages boriqués, le sort des prostatiques est bien amélioré.

M. Ollier félicite M. Poncet de sa communication, mais il craint que les fistules ainsi créées soient bien longues à se cicatriser, car en suturant les téguments avec la vessie, on produit une plaie déprimée en infundibulum.

M. Bron croit qu'on peut toujours arriver à sonder un prostatique; en tous cas, la ponction sus-pubienne lui semble plus pratique que la cystostomie dont vient de parler M. Poncet. En outre, on a la ressource de recourir à l'excision prostatique de Mercier, qui sur six cas lui a donné six succès.

M. Poncet dit n'avoir visé dans sa communication que les prostatiques en proie à des accidents urinaires graves. Il insiste à nouveau sur les dangers des ponctions et des trocarts. L'emploi du ballon de Petersen lui semble inutile dans ses cas. La suture de la vessie à la peau est aussi nécessaire que celle de l'intestin dans l'entérostomie; car, surtout chez les vieillards à tissu cellulaire lâche, l'infiltration d'urine serait à redouter.

Un seul de ses opérés a pu être suivi : au bout de trois mois, la cicatrisation de la fistule était complète. Les autres ont quitté l'hôpital porteurs de leur fistule, et on songera à rétablir le cours normal de l'urine, dès que l'état général et local du malade le permettra. Aussitôt que les urines s'écouleront par le canal, la plaie vésicale se cicatrisera d'elle-même,

3° Kyste de la vessie, par le docteur Vincent, chirurgien en chef de la Charité (*Séance du* 11 *février* 1889). — Une petite fille de 9 ans et demi entre à l'hôpital pour une grosseur de la région vulvaire, apparue spontanément une quinzaine de jours auparavant et qui, sans provoquer d'autre gêne qu'un certain degré d'incontinence d'urine, avait pu être facilement réduite à plusieurs reprises. Cette tumeur rougeâtre, à surface grenue et lisse, présente à peu près le volume d'une noix et se trouve située au niveau de la fente vulvaire; au toucher, elle semble contenir du liquide sans tension : l'incontinence est presque permanente ; quand on cherche à attirer à soi la tumeur, on provoque l'émission d'un flot d'urine. Après avoir donné du

chloroforme à la petite malade, on constate que le pédicule de la tumeur est engagé dans l'urèthre et semble s'implanter dans la vessie à quelque distance du col, probablement sur la paroi inférieure. Pendant cet examen, la tumeur s'éraille et il s'en écoule un jet de liquide clair; après cette évacuation, le kyste rentre spontanément dans la cavité vésicale. On l'en retire avec une pince et, grâce à diverses injections, on s'assure de son indépendance complète: il ne communique ni avec la vessie ni avec le vagin. Le pédicule, qui est blanc, très résistant et épais, est fortement attiré au dehors et sectionné au thermocautère. Suites opératoires normales, sans fièvre, sans hémorrhagie : l'incontinence d'urine a définitivement disparu.

Il s'agissait bien d'un kyste dans ce cas : M. Vincent en fait passer la préparation sèche sous les yeux de la Société. La cavité de la poche a été reproduite au moyen de la parafine et l'on distingue nettement la minceur de la paroi et le calibre du pédicule à peu près égal à celui d'un porte-plume.

Les kystes de la vessie sont tellement rares qu'on a contesté l'exactitude du diagnostic dans les cas rapportés par Liston, Knox, etc., qui avaient trouvé des formations kystiques à l'autopsie d'urinaires.

M. Vincent cherche à interpréter la pathogénie du fait observé par lui, en émettant l'hypothèse de conglomérats folliculaires, de cryptes glandulaires autour du col vésical et des orifices uretéraux. D'après l'examen du kyste enlevé, il lui semble que les parois sont formées par la muqueuse vésicale, non par le mécanisme d'un simple décollement, mais par celui du développement anormal d'un appareil glandulaire, folliculoïde quelconque faisant corps avec la muqueuse ou lui étant sous-jacent. D'ailleurs, les anatomistes, Holmes en particulier, n'ont-ils pas signalé surtout chez la femme des appareils glanduliformes, des vacuoles dans la région du col vésical et dans la muqueuse du trigone?

IV° Société des sciences médicales de Lille.

Taille hypogastrique chez l'enfant pour un très volumineux calcul vésical, par le professeur Duret (*Séance du 26 décembre 1888*). —Un petit garçon, âgé de 6 ans, présente depuis plusieurs

années déjà des symptômes de calcul vésical. La sonde arrive immédiatement au contact d'une pierre énorme, et, à vrai dire, il n'existe plus de cavité vésicale, la paroi du réservoir urinaire s'appliquant directement sur le calcul. L'urine, qui contient de l'albumine, s'écoule goutte à goutte incessamment.

La taille hypogastrique étant décidée, il est impossible de pratiquer ni l'injection vésicale ni le ballonnement rectal. La paroi abdominale étant sectionnée et le cul-de-sac péritonéal relevé, on incise directement la paroi vésicale sur la pierre; mais l'une et l'autre sont si étroitement accolées qu'on ne peut libérer le calcul pour l'extraire. Un aide, introduisant son doigt dans le rectum, soulève alors la vessie en masse et la fixe, pendant qu'avec le ciseau et le maillet on fragmente la pierre dont on enlève les morceaux au fur et à mesure. Après cette extraction particulièrement laborieuse, on fixe à demeure un tube de Demons et on laisse la paroi vésicale non suturée. Suites opératoires normales.

Le calcul pesait plus de 60 grammes, son volume égalant à peu près celui d'une mandarine, à surface extérieure lisse et régulière. Au centre se trouvait un noyau brun foncé de la grosseur d'une amande, autour duquel s'étaient déposées des couches blanchâtres régulièrement stratifiées.

V° Société anatomo-clinique de Lille.

1° TAILLE SUS-PUBIENNE POUR CYSTITE CHRONIQUE; MORT ULTÉRIEURE PAR PYÉLO-NÉPHRITE, par M. THIBAUDET, interne à l'hôpital de la Charité (*Séances de janvier* 1889). — Un malade entre à l'hôpital pour une cystite chronique et des lésions rénales déjà avancées. Comme l'exploration de la vessie paraît démontrer l'existence d'un calcul, on pratique la taille hypogastrique, mais on ne trouve pas de pierre. Suites opératoires : cicatrisation normale, sauf en un point où persiste une fistule. Pendant les mois qui suivent, l'état général s'aggrave, la purulence des urines augmente malgré les lavages vésicaux, la pyélo-néphrite fait des progrès rapides et le malade succombe au milieu de symptômes urémiques.

A l'autopsie, on trouve le rein gauche énorme, présentant le

volume des deux poings, et transformé en une véritable hydronéphrose purulente. L'uretère gauche dilaté, du calibre d'un doigt, est également rempli de pus. Le rein droit, moins malade, contient un calcul. La vessie présente les lésions connues de la cystite chronique. On y remarque une sorte de bride résistante musculo-muqneuse, réunissant deux points rapprochés de la paroi vésicale à droite, et assez comparable à une colonne charnue du cœur : peut-être était-elle la cause des fausses indications de l'exploration vésicale.

Au niveau de la cicatrice abdominale de la taille, la réunion s'était accomplie superficiellement, sauf au niveau de la fistule. Mais un stylet, introduit par celle-ci, conduisait dans une cavité du volume d'une noix, comprise entre la face postérieure des pubis et l'interstice des grands droits d'une part, et la paroi vésicale antérieure d'autre part. Cette cavité, à peu près piriforme, avait sa base postérieure et ouverte dans la vessie par un orifice arrondi d'environ 3 centimètres de diamètre. Cette cavité pathologique, sorte de vessie accessoire, résultait de la suppuration vésicale qui, après avoir empêché la réunion opératoire, avait envahi la partie inférieure de la cavité de Retzius, avait refoulé, puis sclérosé et durci le tissu cellulaire : c'était là la cause de la persistance de la fistule. Le cul-de-sac péritonéal, distant de 2 centimètres en hauteur, était indemne.

2° HYPERTROPHIE PROSTATIQUE LOCALISÉE ; LÉSIONS ASCENDANTES : MORT PAR PYÉLO-NÉPHRITE, par M. THIBAUDET, interne. — Un vieillard de 60 ans présentait depuis quatre ans des hématuries d'allures capricieuses et fort irrégulières dans leur mode d'apparition comme leur disparition. En même temps, il existait de la rétention incomplète. Le cathétérisme explorateur et le toucher rectal ne fournissaient aucun renseignement. Tout au plus pouvait-on soupçonner la présence d'une petite induration située dans le bas-fond, près du col. On se contenta de traiter la cystite par des lavages bi-quotidiens ; mais bientôt l'urine devint ammoniacale, la fièvre s'alluma et le malade succomba un mois après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, la vessie présentait des parois ayant près d'un centimètre d'épaisseur, à musculature très hypertrophiée, et une cavité très dilatée. La muqueuse vésicale offrait les lésions

habituelles de la cystite chronique. Au niveau de la partie postérieure du col, sur la ligne médiane, se trouvait une petite tumeur pyramidale, en partie pédiculée, du volume d'une noisette; sa consistance était ferme, et elle ne présentait aucune trace d'ulcération. Il s'agissait d'une hypertrophie bien localisée du lobe médian de la prostate, développé surtout en hauteur. Il était facile, avec le doigt, d'abaisser cette petite tumeur et d'obturer le col vésical. On comprend dès lors la pathogénie des lésions mécaniques développées en amont. Les uretères en effet, surtout le droit, étaient très dilatés comme la vessie, mais ne contenaient pas de pus. Le rein droit était manifestement atteint d'hydronéphrose : son parenchyme était réduit à moitié de son épaisseur normale, les calices et le bassinet étaient distendus par l'urine. A gauche, l'hydronéphrose était moins marquée : la lésion dominante était la néphrite.

3° Cancer du trigone vésical ; dilatation uretérale ; rein brightique, par M. Drappier. — Un homme de 68 ans a eu une première hématurie, ayant duré vingt-quatre heures, il y deux ans et demi; une deuxième s'est produite environ un an après et a duré également vingt-quatre heures. Une troisième hématurie, survenue à la suite d'une course en voiture, dure depuis douze jours. Pas de douleurs pendant les mictions qui sont assez fréquentes ; l'urine est aussi sanglante au commencement qu'à la fin. Par le toucher rectal combiné avec l'exploration vésicale à l'aide de la sonde métallique, on sent au niveau du trigone une plaque indurée et épaissie dans la paroi. L'hématurie augmente à la suite de cet examen ; quelques jours après, l'état général s'aggrave ; le malade, qui n'urine presque plus, refuse de se laisser sonder et meurt.

On trouve, à l'autopsie, le rein droit bosselé et volumineux (14 centimètres sur 9). Il présente les signes de la dégénérescence et l'aspect du gros rein blanc. Son uretère est peu dilaté. Le rein gauche est petit, lobulé, dur et très atrophié (7 centimètres sur 4) : calices et bassinet kystiques ; l'uretère gauche laisse pénétrer le médius. La tumeur cancéreuse, ramollie, ulcérée, papillomateuse par places, occupe tout le trigone etinfiltre presque toute l'épaisseur de la paroi ; elle englobe dans une étendue de 2 à 3 centimètres l'embouchure de l'uretère gauche.

VI° Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.

1° Corps étrangers de la vessie, par le docteur Dubourg (*Séances des 14 et 21 décembre* 1888). — Une petite fille de 8 ans entre à l'hôpital pour une rétention d'urine datant de dix-huit à vingt heures ; elle avoue s'être introduit une épingle à cheveux. La sonde perçoit facilement le frôlement du corps étranger qui séjourne dans la vessie depuis environ trois semaines. Pendant deux jours, on est obligé de pratiquer le cathétérisme, puis les mictions spontanées se rétablissent. On dilate alors le canal jusqu'au n° 32 de la filière Charrière, et, au bout de quelques jours, on tente l'extraction sous chloroforme ; les premiers essais furent infructueux.

Enfin, la vessie étant pleine d'eau boriquée, on parvint à extraire l'épingle en se servant du plicateur de Courty.

M. Troquart fait observer que l'instrument de Courty, peu connu d'ailleurs, n'est applicable que chez la femme, en raison de sa forme droite. Du reste, dans le sexe féminin, l'extraction des corps étrangers est ordinairement facile, puisque l'urèthre peut être dilaté jusqu'à un diamètre de 2 centimètres et demi.

M. Lefour dit que l'invention de cet instrument est antérieure aux procédés de dilatation actuels ; mais il mérite de rester dans la pratique à cause de sa simplicité, et surtout parce qu'il n'a que les inconvénients de la dilatation forcée du canal.

M. Demons a souvent rencontré des épingles à cheveux dans des vessies de femmes et il a toujours réussi à les retirer avec les instruments ordinaires, notamment avec la pince à forcipressure. Cependant, l'instrument de Courty peut rendre des services quand il s'agit de corps métalliques flexibles. Chez l'homme, la présence d'épingles à cheveux dans l'urèthre et la vessie est beaucoup plus rare. M. Demons en cite néanmoins quelques exemples.

M. André Boursier estime, qu'avant de tenter l'extraction d'un corps métallique de la vessie, il est nécessaire de s'enquérir soigneusement de sa malléabilité. Ainsi, il a voulu, il y a deux ans, retirer de la vessie d'une jeune fille une épingle en acier à l'aide d'une pince ayant la forme d'un lithotriteur. Mal-

gré des tentatives répétées, il fut impossible de dégager et de retourner l'épingle, dont la pointe s'était implantée dans la paroi vésico-vaginale et faisait même saillie dans le vagin. En essayant de la plier avec une longue pince à pansement, cette pointe se cassa ; enfin, en se guidant sur une sonde cannelée, M. Boursier parvint, avec une pince ordinaire, à saisir parallèlement à son axe et à retirer une épingle en acier à tête noire, qui séjournait dans la vessie depuis vingt-quatre heures.

M. Troquart rappelle que, dans un cas semblable, M. Le Dentu a fait saillir la pointe de l'épingle dans le vagin jusqu'à ce que la tête fût arrêtée par la paroi vésicale. Cassant alors l'épingle au ras de la paroi vaginale, il ne laissa dans la vessie que la tête noire, dont l'extraction fut ensuite facile.

M. Pousson dit que M. Guyon avait fait faire, par son élève Henriet, quelques expériences dans le but de rechercher les lois qui président à la position des corps étrangers dans la vessie. De ces recherches il résulte que les objets de forme allongée sont toujours disposés transversalenent, ce qui s'explique par ce fait que la vessie vide a la forme d'un cœur et que son grand axe est transversal : il s'établit en somme une sorte d'adaptation analogue à celle qui s'opère dans l'utérus gravide. Dans ces conditions, les corps étrangers sont saisis par leur partie moyenne et perpendiculairement à l'instrument ; aussi est-il parfois difficile de les faire évoluer, si au préalable on n'injecte pas la vessie comme pour la lithotritie.

M. Troquart croit que la loi signalée par M. Pousson est exacte pour les corps mousses, mais non pour les corps pointus qui peuvent s'implanter dans les parois de la vessie.

2° Anurie calculeuse, par le docteur Demons (*Même séance*). — Il s'agit, dans cette communication, de trois cas d'anurie survenue à la suite de colique néphrétique. Chez le premier et le troisième malade, après un état général très satisfaisant persistant pendant une huitaine de jours, la mort survint en quelques heures au milieu de convulsions urémiques. Chez le deuxième malade au contraire, l'anurie cessa par l'expulsion d'un calcul rénal. Dans ces trois cas, M. Demons n'est pas intervenu chirurgicalement, parce que, dans l'un, il était impossible de savoir quel était l'uretère obstrué ; dans l'autre, la crise se termina

favorablement; et enfin, dans le troisième, la rapidité des accidents ne permit pas l'intervention. Néanmoins, dorénavant, en pareille circonstance M. Demons n'hésiterait pas à aller à la recherche du calcul par une incision exploratrice.

M. Segay cite un cas de ce genre dans lequel l'issue fut favorable, grâce à l'expulsion d'un calcul : lorsque le siège du gravier ne peut être fixé, il préférerait à une opération l'emploi de dilatants, de stupéfiants, d'anesthésiques.

M. Demons insiste sur le mécanisme de l'anurie calculeuse, signalé dans la thèse de Merklen : l'anurie se produit plutôt par arrêt de la fonction que par accumulation.

M. Arnozan serait de préférence partisan de l'intervention chirurgicale ; quelquefois, dans des cas semblables, des injections sous-cutanées de pilocarpine à forte dose ont réussi ; mais elles ne sont pas sans danger.

M. Lefour ne serait pas éloigné de pratiquer la laparotomie, qui permet d'explorer les deux reins et les deux uretères en cas de doute sur le côté atteint.

M. Troquart au contraire, préfère l'incision lombaire telle qu'on la pratique dans la pyélonéphrite calculeuse : elle donne de suite issue à l'urine.

M. Eymeri s'est bien trouvé de l'administration des bains et des bromures.

M. Monod fait remarquer que l'anurie peut survenir par action réflexe, alors même qu'un seul uretère est obstrué, ce qui augmente encore les difficultés du diagnostic. Il est peu partisan de l'intervention chirurgicale.

Dr R. Jamin.

BIBLIOGRAPHIE

TRAITÉ CLINIQUE DES MALADIES DES FEMMES,

par le docteur AUG. MARTIN,
Docent de gynécologie à l'Université de Berlin.

Préface par S. POZZI, agrégé de la Faculté de Paris, 1. vol. 210 gravures. — Paris G. Steinheil. 1889.

M. le docteur Martin a expliqué dans une courte préface le but du livre qu'il a publié, livre qui a eu deux éditions en Allemagne dans l'espace de trois ans. « Il a semblé, écrit-il, désirable à mes confrères d'avoir, à côté des excellents traités et manuels spéciaux, un exposé clinique de la gynécologie qui, laissant de côté les discussions sur les points encore en litige, donnât sous une force aussi précise que possible les notions diagnostiques et thérapeutiques indispensables au praticien, sans pour cela négliger l'anatomie pathologique. »

Le livre est divisé en neuf chapitres, comprenant l'examen gynécologique, la physiologie et la pathologie de la menstruation et de la conception, la pathologie du vagin et de l'utérus, les opérations sur le vagin, sur l'utérus, les maladies des trompes de Fallope, des ligaments larges, du péritoine pelvien et des ovaires.

Il serait impossible d'analyser un travail si important en quelques lignes, je me contenterai de signaler ce qui, dans chaque chapitre, est personnel à l'auteur comme idées ou opérations.

L'anatomie topographique du bassin est interprétée de la manière suivante par M. Martin : « La matrice repose sur le plancher du bassin, le fond tourné vers la symphyse pubienne, le col plus ou moins incliné en bas et en arrière vers le coccyx... Les ligaments larges et les ligaments ronds ne sont pas plus les supports de l'utérus que les seuls ligaments utéro-sacrés... Nous devons considérer l'état de fixité physiologique de l'utérus comme renfermé dans les limites de l'extensibilité de ses ligaments et de la mobilité du plancher pelvien. »

A l'exemple de son maître Schrœder, l'auteur donne une très grande importance, pour l'exploration, *à l'exploration combinée*. Comme instruments il emploie le plus généralement des spéculums cylindriques en gomme durcie puis celui univalve de Kristeller ou le dépresseur vaginal de Sims avec l'écarteur d'Hégar. Il n'emploie le cathétérisme utérin que dans des cas très rares, tout en le considérant comme sans danger quand il est pratiqué par une main exercée. En ce qui concerne la dilatation de la cavité utérine M. Martin a renoncé depuis longtemps aux éponges préparées, aux tiges de laminaria, aux instruments en métal et en gomme: d'ailleurs, arrivant le plus souvent à son but sans opérer la dilatation, il préfère la discision, dans les cas où celle-ci s'impose, tout en engageant à ne pas généraliser cette méthode.

Le curettage de la matrice est recommandé comme un succédané de la dilatation progressive suivie d'applications médicamenteuses : il n'est pas besoin, pour cette opération, d'autre dilatation que celle du col vésical.

En ce qui concerne les antéflexions, l'auteur les regarde comme dues beaucoup plus à des processus phlegmasiques antérieurs qu'à un état pathologique congénital, surtout en ce qui concerne la flexion du corps sur le col, accompagnée d'un allongement notable du segment susvaginal de ce dernier.

Le traitement de l'antéflexion accompagnée de cystopathie consiste dans le repos horizontal prolongé pendant des heures et fréquemment répété; dans la dilatation de la vessie, l'emploi des narcotiques. Les pessaires vaginaux ne donnent aucun résultat dans le traitement de l'antéflexion.

Le chapitre relatif à la rétroversion attire l'attention du lecteur. L'auteur ne paraît pas partisan des nouvelles méthodes imaginées pour maintenir l'utérus en place : « On a essayé de fixer l'utérus dans la bonne situation en l'unissant aux parties avoisinantes. Ces tentatives n'ont pas eu de succès pratique. Et, en effet, leurs résultats, comparés à ceux que donnent les tuteurs vaginaux, s'accompagnent de tant d'inconvénients qu'on n'y a plus recours que dans les cas extrêmes. L'opération d'Alexander n'est pas appelée à une grande vogue, alors même que le nombre des cas heureux augmenterait encore. Personnellement, je n'ai pas encore trouvé de quoi me décider à faire des tractions sur les ligaments ronds, à travers l'anneau inguinal, pour combattre une rétroflexion. »

Le savant gynécologiste recommande les pessaires, et en particulier celui de Hodge.

Pour traiter le prolapsus de l'utérus, l'auteur, après avoir passé en revue les différents procédés de colporrhaphie, décrit très longuement celui qu'il a imaginé.

Sa méthode comprend trois temps distincts :

1° Dans le cas où l'utérus n'est pas absolument normal, on favorise la régression par l'amputation du col.

2° Colporrhaphie antérieure consistant à tailler, dans la paroi vaginale antérieure, un lambeau ovoïde dont le sommet se trouve immédiatement au dessous de l'orifice de l'urèthre et intéresse cette paroi dans une étendue plus ou moins considérable.

3° Colporrhaphie postérieure qui comprend deux temps opératoires distincts : l'élythrorrhaphie bilatérale et la périnéauxésis.

Deux cent vingt malades ont été opérées par cette méthode : la guérison de la rétroflexion fut obtenue dix-sept fois. Parmi les autres femmes, le déplacement se reproduisit tôt ou tard; mais cette récidive n'exigea l'application d'un pessaire que chez cinq de ces patientes : chez les autres, la rétrodiation demeura silencieuse.

Dans les cas de carcinome du col de l'utérus, M. Martin considère l'extirpation radicale de l'utérus comme la seule opération pouvant rendre des services, même au début de l'affection, quand le diagnostic est bien établi. Ce chapitre est évidemment l'un des plus intéressants.

Enfin, de grands détails sont consacrés à la technique de l'hystérotomie abdominale pour corps fibreux, et aux inflammations des trompes et de l'ovaire.

De nombreuses figures très bien faites rendent les opérations très faciles à suivre, et permettent au lecteur de se familiariser avec la technique employée.

Les médecins trouveront dans ces leçons un aperçu bref et condensé des maladies des femmes et les diverses méthodes thérapeutiques utilisées par l'un des premiers gynécologues de l'Allemagne.

Dr Delefosse.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ANNÉE 1888

(*Suite.*)

Blennorrhagie. — *Gonocoques latents et gonocoques cachés*, par DIDAY et DOYON. (*Lyon méd.*, 16 déc.) — *Le gonococcus de Neisser*, par STEKHOVEN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 33, p. 717, 1888.) — *Nouveau mode de contagion médiate*, par DIDAY. (*Lyon méd.*, 25 nov.) — *Traité des maladies vénériennes et de la syphilis.* 1re PARTIE : *Des affections blennorrhagiques*, par NEUMANN. (In-8°, 614 p., *Vienne.*) — *De la blennorrhagie chez la femme*, par DI BELLA et INGRIA. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 89.) — *La blennorrhagie chez la femme*, par FRABRY. (*D. med. Woch.*, n° 43, p. 876.) — *Sur les moyens les plus récents de diagnostic et de traitement de la blennorrhagie chez l'homme*, par P. TOMMASOLI. (*Rivista clinica e terapeutica*, juin-juillet.) — *Blennorrhée, goutte militaire, uréthrite chronique antérieure et postérieure*, par DU CASTEL. (*Gaz. des hôp.*, 27 nov.) — *Pyémie consécutive à une blennorrhagie*, par ROSWELL PARK. (*Boston med. Jour.*, 4 octobre, p. 331.) — *Manifestations spinales de la blennorrhagie*, par CHAVIER et FÉVRIER. (*Rev. de méd.*, déc.) — *Rhumatisme, blennorrhagie survenant à l'âge de 9 ans*, par PHILPOT. (*Lancet*, 6 oct.) — *Rétrojection dans la blennorrhagie*, par E.-R. PALMER. (*N. York med. Journ.*, p. 597, 1er déc.) — *Observation sur le traitement de l'uréthrite chronique*, par CASARINI. (*Rassegna di sc. med.*, n° 11.) — *De la valeur thérapeutique des injections de sublimé dans le traitement de la blennorrhagie et des bases du traitement rationnel de cette affection*, par HUGUET. (*Thèse de Paris*, 12 déc.) — *Dose nécessaire pour le traitement abortif de la blennorrhagie*, par DIDAY. (*Ann. de dermat.*, X, 1.) — *Nouveau traitement rationnel de la gonorrhée*, par CHAS. SMITH. (*Lancet*, 1er sept.) — *De la médication interne dans le traitement de l'orchite blennorrhagique et du traitement de cette affection par la teinture d'anémone*, par DORRAND. (*Thèse de Paris*, 26 déc.) — *Du traitement de l'uréthrite infectieuse par la thalline*, par ISTAMANOFF. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, VII, n° 24.)

Génitaux (Org.). — *Gangrène traumatique du pénis et du scrotum*, par FERGUSSON. (*Edinb. med. journ.*, décembre.) — *Amputation du pénis carcinomateux malgré les métastases*, par VON NUSSBAUM. (*Wien. med. Presse*, n° 20.) — *Cancer du pénis*, par COTTER. (*Cork med. and surg. Assoc.*, 12 décembre.) — *Anatomie et physiologie du gland*, par W. WOOD. (*New York med. Journ.*, p. 120, 4 août.) — *Sur l'opération du phimosis*, par IHLE. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, VIII, n° 4.) — *Un cas de corne du gland*, par CHAUFFARD. (*Soc. méd. des hôpit.*, 26 octobre.) — *Leçons sur les prolapsus des organes génitaux de la femme*, par TRÉLAT. (*Ann. de gynécol.*, novembre.) — *Les petites lèvres et l'hymen*, par J.-W. BALLANTYNE. (*Edinb. med. Journ.*, novembre.) — *Sur une variété de folliculite*, par NICLOT. (*Thèse de Paris*, 6 décembre.) — *Des périfolliculites suppurées agminées en plaques*, par PALLIER. (*Thèse de Paris*, 27 décembre.) — *Note sur la contagiosité de la vulvo-vaginite des petites filles*, par OLLIVIER. (*Bull. Acad. de méd.*, 23 octobre.)

Prostate. — *Phlegmon périprostatique; foyer anormal de suppuration*, par Desnos. (*Union médicale*, 6 novembre.) — *De l'intervention chirurgicale dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate*, par Rouchaud. (*Thèse de Bordeaux*, déc.) — *Rétention d'urine par hypertrophie de la prostate; ponction vésicale; injection d'éther iodoformé dans le parenchyme prostatique; guérison*, par L. Frey. (*Wien. med. Presse*, n° 41, p. 1452.) — *Hypertrophie de la prostate*, par Kümmel. (*Soc. méd. de Hambourg*, 29 mai.)

Rein. — *Les voies de sûreté de la veine rénale*, par Lejars. (*Bull. Soc. anat.*, p. 504.) — *Note sur l'action des uretères observée pendant l'ablation d'une tumeur abdominale*, par Greig Smith. (*Journ. of Anat. and phys.*, avril.) — *La relation entre les maladies des reins et les maladies du système nerveux*, par T. Edes. (*Boston med. Journ.*, p. 328, 4 oct.) — *De la valeur diagnostique de l'albumine et des cylindres dans les affections rénales*, par Rob. Edes (*Ibidem*, p. 361, 11 oct.) — *Signes prémonitoires des lésions graves du rein*, par Bond. (*New-York med. Record*, p. 463, oct.) — *Un cas difficile de maladie des reins*, par H. Capon. (*Lancet*, 1er sept.) — *Hématurie paroxystique avec albuminurie physiologique*, par Charpentier. (*Ibid.*, 28 juillet.) — *Dégénérescence amyloïde du rein*, par Marfan. (*Gaz. des hôp.*, 29 déc.) — *Néphrite catarrhale subaiguë*, par Milne. (*Lancet*, 8 déc.) — *Néphrite scrofuleuse*, par Iscovesco. (*Thèse de Paris*, 6 déc.) — *Trois cas d'anurie d'origine néphrétique*, par Bayet. (*La Clinique*, n° 43.) — *De la néphrite insidieuse*, par Michaud. (*Thèse de Lyon*, n° 443.) — *Les altérations du cœur dans la maladie de Bright*, par Loomis. (*New York med. Journ.*, p. 514, 10 nov.) — *Gros foie dans la maladie de Bright*, par Hanot. (*Arch. de méd.*, déc.) — *L'effet de rapides changements d'altitude dans un cas de néphrite interstitielle avancée*, par Chismore. (*New-York med. Journ.*, p. 630, 8 déc.) — *Note sur l'hypertrophie compensatrice des capsules surrénales*, par Stilling. (*Revue de médecine*, p. 459, juin.) — *De l'hypertrophie et de la régénération compensatrice du rein*, par Tuffier. (*Bull. Soc. anat.*, p. 1020, 1888, et p. 18, 1889.) — *Des lésions sous-cutanées du rein*, par Emerich Reczey. (*Vienne.*) — *De la cicatrisation des plaies du rein par première intention*, par Tuffier. (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 567.) — *Kyste suppuré du rein droit*, par Klippel. (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 558.) — *Colique néphrétique; pyélite calculeuse diagnostiquée; néphrolithotomie*, par Thiriar. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, sept.) — *Néphrolithotomie : guérison*, par Wilson. (*Med. News*, 22 déc.) — *Néphrectomie et résections partielles du rein*, par Tuffier. (*Bull. Soc. anat.*, p. 447.) — *Rein calculeux*, par Leblond. (*Ibidem*, p. 596.) — *Néphrolithiase et hydronéphrose; néphrotomie lombaire*, par Fr. Rockwell. (*Boston med. Journ.*, p. 333, 4 oct.) — *Calcul du rein, hydronéphrose; incision exploratrice; passage du calcul par l'urèthre*, par F.-W. Rockwell. (*New-York med. Journ.*, p. 539, 17 nov.) — *Rein intra-pelvien pris pour un organe des annexes de l'utérus malade; néphrectomie, guérison*, par P.-F. Mundé. (*N.-York med. Journ.*, p. 58, 21 juillet.) — *Rein mobile, néphrotomie; guérison*, par Gould. (*Lancet*, 6 oct.) — *Dégénérescence aiguë d'un rein après extirpation de l'autre rein*, par Fraenkel. (*Deutsche med. Woch.*, n° 48, p. 985.) — *Ablation d'un rein flottant; guérison*, par Stonham. (*Lancet*, 21 juillet.) — *Extirpation d'un rein atteint de tuberculose*, par Matlakowski. (*Gazeta Lekarska*, nos 1 et 2.) — *Extirpation d'un rein tuberculeux*, par Kuester. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 nov.) — *De l'enchondrome du rein*, par Boccardi. (*Progresso med.*, 15 nov.) — *Myxome périnéal; néphrectomie; guérison*, par Gould. (*Lancet*, 15 sept.) *Cancer du rein droit*, par Lépine. (*Rev. de méd.*, déc.) — *Cancer primitif du rein droit*, par Tison. (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 789.) — *Epithélioma du rein chez une adulte. Néphrectomie*

1885, pendant qu'il était à son travail, il reçut un choc sur le testicule droit avec un crampon en fer. Il dit que le testicule enfla et atteignit le double de son volume normal. L'organe ne le fit pas souffrir, sauf pendant les quelques instants qui suivirent le choc, et cela ne l'empêcha pas de travailler ; mais il gênait un peu le malade, surtout dans la marche. Les choses restèrent en cet état jusque vers le milieu de 1886, — un peu plus d'un an, — mais le testicule devint un peu douloureux et augmenta peu à peu de volume jusqu'au moment où il vint me consulter, en février 1887. Après avoir éliminé avec soin autant que possible toute autre affection, je diagnostiquai une hydrocèle chronique, et je retirai par ponction aspiratrice huit onces (244 grammes) de liquide. Le testicule était un peu hypertrophié, plus lourd que le gauche et sensible. L'épididyme était dans un état analogue, et le cordon présentait jusqu'à la partie moyenne du trajet inguinal, à peu près le double de son volume normal. Il n'y avait aucune nodosité, et le toucher rectal ne faisait rien connaître. Je fis une seconde ponction aspiratrice trois semaines plus tard. Consécutivement il n'eut plus de douleur, et le testicule devint manifestement plus mou et diminua de volume, et, sauf l'hydrocèle, ne montra aucune tendance à devenir malade.

L'état général du malade devint meilleur, il n'éprouvait aucune douleur dans l'aine et le long de la face antérieure de la cuisse droite, ce dont il s'était plaint autrefois, et il put reprendre son travail qui était très pénible, obligé qu'il était de soulever de lourdes masses de fer. Le liquide se reproduisit rapidement dans la vaginale sans qu'il y ait preuve manifeste que le testicule augmentât de volume. Comme le scrotum grossit au point de l'empêcher de travailler, je l'envoyai à l'hôpital Saint-Luc, et en mai 1887 je pratiquai l'opération de Volkmann pour la cure radicale de l'hydrocèle.

La plaie se cicatrisa rapidement, et en moins de quinze jours je lui permis de reprendre son dur travail. Au mois

de juillet le testicule droit se mit tout à coup à augmenter de volume et très rapidement, le tout accompagné de violentes douleurs. Il mesurait 4 pouces de hauteur ($0^m,10$) sur 2 pouces ($0^m,05$) de large; sa superficie était inégalement indurée, et sensible à la pression. Les ganglions fémoraux et inguinaux du même côté étaient augmentés de volume et indurés. L'état général du malade commençait à décliner, et comme on se trouvait évidemment en présence d'une affection nouvelle et à l'état aigu, on l'envoya immédiatement à l'hôpital. Comme mon temps de service était terminé, mon collègue, le docteur Mac Burney, fit l'ablation du testicule, ainsi que des ganglions malades de la région inguinale. La plaie ne se ferma pas bien, et au bout d'un mois le malade retourna à son travail; mais il ne se trouvait pas si bien ni aussi robuste qu'auparavant. En octobre de la même année, c'est-à-dire deux mois après, sans aucun traumatisme, sans aucune cause connue, tout à coup, au milieu de la nuit, le malade étant couché, le testicule gauche devint extrêmement douloureux. Les douleurs irradiaient dans l'aine gauche, dans la région lombaire, et descendaient le long de la cuisse gauche. Il vint me trouver le lendemain matin, avec un air pâle et les yeux hagards, souffrant évidemment beaucoup, et me racontant que, huit jours avant cette crise douloureuse, il avait observé un gonflement de ce côté du scrotum, avec des tiraillements, qui furent calmés par l'emploi d'un suspensoir. Ces symptômes n'avaient en rien entravé son travail et n'avaient exercé aucune action sur sa santé générale. Je constatai que le testicule, l'épididyme et le cordon étaient enflés et douloureux, et que la vaginale renfermait un peu de liquide. Quelques jours de repos à l'hôpital le soulagèrent de cet état aigu, et après avoir retiré par ponction aspiratrice trois onces de liquide (84 grammes), il retourna encore une fois à son travail. Il est inutile de donner des détails sur les épisodes consécutifs de ce cas; je mentionnerai seulement que le testicule et l'épididyme augmentèrent peu à peu de volume, devin-

rent plus ou moins indurés, présentant çà et là des points ramollis et sensibles à la pression, en même temps que le liquide de la cavité vaginale variait de quantité. Je tiens encore le malade en observation. Sa santé générale est bonne, il peut travailler de son métier, bien qu'il présente manifestement de l'induration au sommet de chaque poumon.

Je ferai observer qu'il y a eu également dans ce cas un traumatisme qui provoque une hydrocèle et un léger degré d'orchite. Dans l'autre fait précédent, ces mêmes symptômes devinrent subaigus, présentant de temps à autre des phénomènes d'acuité, tandis que dans le cas que je viens de rapporter, l'inflammation sembla diminuer après le traitement radical de l'hydrocèle. L'inflammation persista néanmoins, mais à un faible degré, et ne s'accompagna jamais de troubles du côté de la vessie. L'état physique des deux malades offrait une ressemblance frappante de l'un avec l'autre, sauf à une période avancée de la maladie, et, à vrai dire, le pronostic, basé seulement sur l'état des malades, aurait été beaucoup plus grave dans le cas qui prouva être une inflammation chronique simple. Dans le second cas, cependant, les modifications rapides et aiguës qui se montrèrent deux mois après l'opération de Volkmann, faisaient grandement songer à une affection maligne; mais l'examen microscopique du testicule et des ganglions lymphatiques rendirent le diagnostic de *tuberculose*, qu'on avait déjà porté, absolument certain.

Je vais vous donner maintenant le résultat de l'examen microscopique pratiqué par le docteur Frank Ferguson, anatomo-pathologiste de l'hôpital.

Des coupes pratiquées dans le testicule révèlent un grand nombre de foyers caséeux, variant comme volume de celui d'une tête d'épingle à celui d'une noix.

On ne peut reconnaître de tissu sain ni à l'œil nu ni au microscope. On peut, à vrai dire, apercevoir, au milieu des masses caséeuses, quelques tubes isolés et en petit nombre;

mais ils sont déformés et étouffés par les éléments inflammatoires et par du tissu fibreux, accompagnés de tubercules. Les foyers caséeux ne présentent rien de particulier. On n'a pas trouvé de cellules géantes : les bacilles de la tuberculose sont très abondants.

Un autre caractère clinique intéressant de ce fait consiste, selon moi, dans la rapidité du processus tuberculeux, et dans la grande quantité de liquide de la tunique vaginale. Ils contrastent avec le développement lent et insidieux que l'on constate ordinairement dans la tuberculose. (*New-York med. Journ.*, 20 oct. 1888.)

REVUE CLINIQUE

Rétrécissement de l'urèthre, lavage de la vessie par la voie sus-pubienne comme complément de la ponction évacuatrice,

par M. le docteur BERLIN (de Nice).

Observation. — Le 18 février dernier, à 5 heures du soir, je suis appelé auprès du sieur X.., âgé de 36 ans, atteint, me dit-on, de rétention d'urine.

Le malade, prostré, gémissant, répond à peine à mes questions. Facies pâle, blafard, notablement œdématié; teinte subictérique des sclérotiques ; frissons se succédant sans interruption depuis le matin ; efforts incessants de vomissements. Le malade se plaint surtout d'un goût d'urine putréfiée qui lui remonte dans la bouche et l'empoisonne ; je ne constate pas ces douleurs vives, cet état d'agitation que provoque souvent la rétention d'urine ; ce qui

domine la scène, c'est plutôt l'adynamie, l'infection septicémique. Langue sèche, couverte d'un épais enduit blanc jaunâtre; pouls petit, fréquent; T. = 38°,5.

En découvrant le lit, odeur urineuse et putride des plus marquées; un urinal, placé à demeure, contient environ deux cuillerées à soupe d'un putrilage boueux, gris verdâtre, d'odeur infecte, rendu par regorgement depuis le matin. La vessie remonte jusqu'à l'ombilic.

J'introduis dans l'urèthre un explorateur à boule olivaire nº 15; je suis arrêté à 13 centimètres du méat : je descends successivement jusqu'au plus petit de mes explorateurs à boule (nº 5-6 environ), sans pouvoir passer. Au niveau de l'obstacle, la palpation du périnée permet de constater, sur le trajet de l'urèthre, un point dur, sclérosé, douloureux; aucun signe d'abcès urineux ni d'infiltration d'urine. Le toucher rectal ne révèle rien d'anormal; pas de tumeur fluctuante ni de distension sensible de l'urèthre en arrière du point coarcté.

Les renseignements que je peux obtenir, tant du malade que de son entourage, sont fort obscurs. Il semble toutefois s'en dégager les faits suivants : à 20 ans, blennorrhagie qui se serait prolongée plusieurs années sous forme de goutte militaire; les premiers désordres urinaires, affaiblissement du jet, lenteur dans la miction, remonteraient à 6 ou 7 ans; le malade dit avoir été sondé à cette époque et avoir saigné abondamment; le mot de fausse route aurait même été prononcé. Il y a 3 ans environ, on a dû le sonder de nouveau. Fort négligent, il s'est peu soigné depuis cette époque et a vaqué tant bien que mal à ses affaires, urinant goutte à goutte, avec des souffrances toujours croissantes; depuis quelque temps, il était tourmenté surtout par un goût persistant d'urine qui lui remontait dans la bouche et par des troubles dyspeptiques; en même temps, ses forces déclinaient sans cesse. Enfin, il y a trois jours, ne pouvant plus uriner du tout, il a été forcé de s'aliter; des tentatives infructueuses de cathétérisme ont été faites par deux méde-

cins, et le malade, prévenu que son rétrécissement nécessitait une opération grave, a reçu le conseil de se rendre à Gênes pour la subir; c'est dans ces conditions que je suis appelé à le voir.

Je m'installe auprès de lui avec une collection de bougies filiformes de modèles variés; séance de trois quarts d'heure environ; j'essaie en vain les plus fines bougies (n°s 3,4) de la filière Charrière; j'emploie les bougies tortillées en spirale, tordues en baïonnette; j'en modifie la forme et la courbure de plusieurs manières, en les durcissant au collodion, suivant le procédé de Curtis; aucun résultat. A 13 centimètres du méat, j'éprouve la sensation très nette d'une sorte de cul-de-sac, dans lequel viennent buter invariablement toutes mes bougies et qu'une pression plus forte transformerait sûrement en fausse route. J'ai recours alors à un procédé dont mon maître Duplay m'a enseigné la valeur et qui m'a déjà réussi : j'introduis d'abord une bougie à boule n° 6 qui vient se loger dans le cul-de-sac et le combler ; puis, la laissant en place, je pousse parallèlement à elle, le long de sa partie antérieure, une bougie filiforme conique n° 4 ; celle-ci, se trouvant ainsi rejetée dans la bonne voie, s'engage de quelques millimètres dans le rétrécissement, ce dont me donne la preuve la résistance que je constate en essayant de la retirer : mais je ne parviens pas, séance tenante, à la pousser plus avant. Je la laisse à demeure, espérant qu'elle provoquera l'écoulement de l'urine. Pas une goutte de sang ne s'est montrée.

19 *février* (8 h. du matin). — Vomissements à trois reprises pendant la nuit; même état général; quelques cuillerées à soupe d'urine trouble, fétide, ont coulé le long de la bougie laissée la veille; la vessie a toujours le même volume; je ne parviens pas à faire progresser la bougie.

Lavement glycériné pour vider l'intestin qui est distendu par des gaz. Puis, la paroi abdominale étant rasée, savonnée, brossée, lavée à l'éther et à la solution phéniquée forte, préparée, en un mot, avec autant de soin que pour une lapa-

rotomie, je ponctionne la vessie sur la ligne médiane, à 2 centimètres environ au-dessus du pubis, avec le plus petit trocart de l'appareil Potain, soigneusement aseptisé. Je retire 1 litre environ d'urine putrilagineuse, opaque, horriblement fétide, d'odeur ammoniacale et gangréneuse; la vessie est descendue à 8 centimètres environ au-dessous de l'ombilic: occlusion de la piqûre avec le collodion iodoformé.

Après quoi, nouvelle tentative de cathétérisme, par le même procédé que la veille; un n° 4 s'engage, mais ne passe pas; je le laisse à demeure. Régime lacté; 1gr,20 de sulfate de quinine.

A 5 heures du soir, l'état n'a guère changé; la vessie a repris le volume qu'elle avait avant la ponction; les frissons et les vomissements continuent. Je renouvelle la ponction; 1 litre et demi d'urine, toujours aussi fétide. Nouvel essai infructueux de cathétérisme; je laisse encore le n° 4 engagé.

20 *février* (8 heures du matin). — Localement, les deux ponctions de la veille ont diminué les souffrances. Mais l'état général ne s'est pas amendé; la nuit a été mauvaise: insomnie, vomissements, frissons; quelques cuillerées à peine d'urine fétide ont coulé le long de la bougie; odeur urino-gangréneuse répandue dans toute la chambre: T. = 40°; selles diarrhéiques involontaires, très fétides.

Des tentatives de cathétérisme, répétées pendant une demi-heure, ne me donnent aucun résultat.

Devant l'insuffisance évidente de la ponction vésicale, je me dispose à pratiquer la taille sus-pubienne qui me paraît justifiée par la gravité extrême de la situation. A ce moment, l'idée me vient d'essayer tout d'abord un mode de désinfection plus simple.

Avec les mêmes précautions que la veille, je ponctionne la vessie au moyen du plus petit trocart de l'appareil Potain; j'évacue 1 litre d'urine, toujours très fétide; je remplace alors le récipient par une bouteille lavée à l'eau bouillante,

renfermant 500 grammes de solution boriquée à 4 p. 100 ; j'y comprime de l'air au moyen de la pompe foulante et, sans déranger mon trocart, j'injecte dans la vessie, à la place des 1 000 grammes d'urine que je viens d'extraire, ces 500 grammes de solution boriquée. Puis, faisant de nouveau le vide, j'aspire 1 000 grammes du mélange ainsi produit ; et ainsi de suite. Je renouvelle à quatre reprises la même manœuvre ; chaque fois, la fétidité et l'opacité du liquide aspiré vont en diminuant ; à la quatrième fois, la solution boriquée revient à peu près pure, limpide et incolore comme à son entrée. Pour terminer, j'injecte 200 grammes environ de solution boriquée que j'abandonne dans la vessie. Je retire le trocart ; quelques gouttes de sang rutilant s'échappent de la piqûre ; elles sont vite arrêtées par la compression avec un tampon de ouate imbibée de solution phéniquée forte ; occlusion hermétique de la piqûre avec le collodion iodoformé. L'opération a duré une heure et demie environ ; à deux reprises s'est produit un état syncopal que j'ai combattu par des injections sous-cutanées de morphine et d'éther.

Enveloppement du malade dans des alèzes chaudes : vin chaud, grogs, bouillon, lait ; 1 gramme de sulfate de quinine.

Avant de m'éloigner, j'essaie encore de passer une bougie fine ; après quelques efforts, elle me semble pénétrer peu à peu, sans grande difficulté ; je la pousse jusqu'à 5 centimètres environ de son extrémité libre et je la laisse en place.

A 5 heures du soir, je trouve le malade transformé ; plus de douleurs, plus de frissons ni de vomissements ; la langue est toujours saburrale, mais le goût d'urine putréfiée a disparu de la bouche ; facies plus coloré, œdème diminué, sclérotiques moins jaunes ; quelques heures de sommeil ; T. = 37°,8 ; deux litres de lait ont été bus ; deux garde-robes diarrhéiques, moins fétides que les jours précédents.

Rien n'a coulé sur les côtés de la bougie ; en la retirant, je constate avec désappointement que, le matin, elle s'est

simplement enroulée en avant de l'obstacle et ne l'a nullement franchi. La vessie est remontée à 8 centimètres environ au-dessus du pubis.

Nouvelle ponction suivie de lavage, comme le matin. La première urine est encore fétide; mais, cette fois, deux lavages me suffisent pour obtenir un liquide à peine louche, sans fétidité.

21 *février*. — Nuit assez bonne; température normale; facies meilleur; aucune douleur au niveau des piqûres ni dans le reste de l'abdomen.

La rétention d'urine persistant d'ailleurs, le cathétérisme restant infructueux, malgré des séances de trois quarts d'heure à une heure, je pratique de nouveau, ce jour-là. à 8 heures du matin et à 5 heures du soir, deux ponctions suivies de lavages, sans le moindre incident.

22 *février*. — La nuit a été excellente, accidentée seulement, vers le matin, par une violente indigestion qui a suivi l'absorption d'une tasse de chocolat.

Je tente la manœuvre suivante : j'enfonce jusqu'à l'obstacle une bougie cylindrique en gomme, n° 14, et je la tiens appuyée pendant quelques secondes assez fortement, pour bien déplisser la muqueuse. Puis j'introduis dans le méat le bec olivaire d'une petite seringue chargée d'environ 5 grammes d'huile et je pousse le piston avec force en tenant les lèvres du méat bien appliquées contre la seringue. quand je retire celle-ci, l'huile ne reflue pas, ce qui me prouve qu'elle a franchi le rétrécissement. Je présente aussitôt une bougie conique en gomme n° 6, sérieusement résistante, et je constate que, du premier coup, sous une pression modérée, elle s'engage et passe de la façon la plus nette. Je la laisse à demeure.

Le soir, le malade a rendu, le long de cette bougie, deux verres environ d'urine louche et fétide; je constate que la bougie obéit, à frottement modéré, aux mouvements de va-et-vient; je la retire, elle est tout à fait droite; je la remets en place, sans difficultés, pour la nuit.

Le lendemain matin, je réussis sans peine à remplacer la bougie par une sonde n° 7, en gomme, que je laisse à demeure, après y avoir adapté un long tube de caoutchouc qui vient plonger dans un récipient contenant de l'eau boriquée; l'écoulement de l'urine s'établit goutte à goutte; le soir, le malade a rendu par la sonde 3 litres et demi d'urine environ.

Cette urine est louche et encore fétide; l'analyse y révèle une quantité notable d'albumine.

A partir de ce moment, je fais des lavages de la vessie par la voie uréthrale et, en peu de jours, l'urine revient à son état normal, en même temps que l'état général s'améliore. Je passe rapidement sur la suite de l'observation et sur les divers incidents qu'elle a offerts. Qu'il me suffise de dire que la dilatation progressive s'est faite sans encombre; le 1er mars, nous en étions à la bougie n° 12; le 8 mars, je remplaçais les bougies en gomme par les bougies Béniqué, en débutant par le n° 30 Béniqué (n° 15 environ de la filière Charrière); le 17 mars, à raison d'une séance tous les trois jours, j'étais arrivé au n° 35 Béniqué. Le 18, le malade, dont la miction régulière était maintenant assurée, partait pour la campagne, en vue de retrouver de l'appétit et des forces. Il en est revenu ce matin même, 4 avril, complètement rétabli; je compte lui faire chaque semaine une séance de dilatation avec les bougies Béniqué et arriver, si faire se se peut, jusqu'aux nos 40 ou 42, pour prévenir les récidives.

Impuissance congénitale guérie par l'opération d'un varicocèle,

par M. le docteur R. Jamin,
ancien interne des hôpitaux.

M. P..., 26 ans, employé de commerce, vient me consulter pour la première fois en septembre 1887, se plaignant de ne

pas avoir et de n'avoir jamais eu d'érections lui permettant de pratiquer le coït.

Ce jeune homme, bien constitué, brun, sec, sans tare nerveuse personnelle ou héréditaire, est issu de parents encore vivants et vigoureux l'un et l'autre ; il est resté seul de quatre enfants, dont trois sont morts en bas-âge (?).

A part quelques petites maladies d'enfance, M. P... a toujours eu une bonne santé. Vers l'âge de 10 à 12 ans, un petit camarade lui donna des habitudes de masturbation qu'il continua de loin en loin, sans abus excessif, jusqu'à 19 ans. C'est au moment de la puberté (15 ans environ) qu'eut lieu la première éjaculation à la suite de ces pratiques manuelles. Mais le malade raconte parfaitement que l'émission spermatique, autrefois comme maintenant, n'est jamais accompagnée d'une érection suffisante pour introduire la verge dans le conduit vaginal ; à peine dans les quelques secondes qui précèdent l'éjaculation, le pénis subit-il un léger degré de turgescence semi-molle, qui d'ailleurs cesse immédiatement après la sortie du sperme.

Quand, à l'âge de 19 ans, M. P... fit sa première tentative de coït, il ne put y avoir intromission et, depuis lors, il en a toujours été de même. Quoique dévoré de désirs vénériens, ce jeune homme voit ses rapports avec les femmes se borner à des manœuvres d'attouchements qui déterminent plus ou moins rapidement une éjaculation : il affirme avoir renoncé depuis longtemps à ses anciennes habitudes d'auto-masturbation. Cette impuissance génitale n'a pas été sans influencer très fâcheusement le caractère du malade, qui avoue, les larmes aux yeux, être hanté par les idées les plus sombres et avoir déjà songé au suicide.

Lors de cette première visite, M. P... est examiné couché sur une chaise longue, et cette circonstance est à noter. Ses organes génitaux externes, verge et testicules, paraissent normaux et bien conformés : le toucher rectal permet de sentir une prostate d'apparence saine et des vésicules séminales un peu distendues par leur contenu spermatique.

Rien au cœur, ni aux poumons. Aucun signe autorisant à soupçonner une affection médullaire au début. Je me contente donc, tout en m'efforçant de remonter le moral du malade, de prescrire un traitement tonique, consistant en douches froides et bains sulfureux alternés, exercices musculaires, massages et frictions, préparations ferrugineuses et de quinquina, etc.

En octobre 1887, pas de modification; des pilules de phosphure de zinc sont ajoutées au traitement précédent.

Au mois de novembre, je commence des séances d'électrisation sur la région lombaire, le périnée, l'hypogastre et les cuisses. C'est pendant une de ces séances, le malade étant debout, que je remarque un jour par hasard que la partie gauche du scrotum semble plus volumineuse et plus pendante que la droite. En touchant, on a nettement la sensation d'un varicocèle, qui jusque-là avait passé inaperçu et sur lequel le malade, n'y attachant d'ailleurs lui-même aucune importance, avait négligé d'attirer l'attention. Interrogé à ce sujet, il raconte que, sans pouvoir préciser autrement, probablement depuis l'enfance, il est porteur de cette petite infirmité, qui ne l'a jamais géné, n'a jamais nécessité le port d'un suspensoir et ne l'a pas empêché de faire son volontariat d'un an dans l'artillerie quelques années auparavant, les médecins militaires qui l'ont examiné à cette époque ne s'étant même pas aperçus de ces varices du cordon, dont le jeune soldat ne se plaignait aucunement. Du reste, dans la station verticale, ce varicocèle, portant presque exclusivement sur le groupe *antérieur* des veines spermatiques, n'est que moyennement volumineux, nullement douloureux ni par la pression ni par son propre poids; dans la position couchée, il disparaît complètement, et il est impossible d'en retrouver la moindre trace, même par la palpation. Et il en a toujours été ainsi, paraît-il. Notons qu'il n'existe aucun signe ou symptôme de tumeur abdominale, ni surtout rénale.

C'est alors seulement que M. P... me signale une particu-

larité des plus intéressantes qui est la suivante : quelquefois, pendant la nuit, alors qu'il est étendu sur le dos et que, par conséquent, le varicocèle a disparu, il survient des érections qui sembleraient très suffisantes pour pratiquer le coït. Mais, si le malade vient à faire le moindre mouvement, à essayer de se mettre sur le côté, à écarter seulement les cuisses, instantanément le varicocèle reparaît et l'érection tombe.

Cette concordance si nettement marquée, au dire du malade, conduisait à admettre une relation bien probable entre la disparition des varicosités spermatiques et la production de la turgescence pénienne, et réciproquement. Pour m'en rendre compte d'une façon plus certaine encore, je fis fabriquer pour le malade un suspensoir spécial en grosse toile et dont la capacité était assez vaste pour permettre d'en capitonner l'intérieur de plusieurs épaisses feuilles de ouate, destinées à comprimer énergiquement le scrotum; en outre, une petite pelote, analogue à celle d'un bandage herniaire, venait appuyer sur l'orifice du canal inguinal. Grâce à cet appareil fortement contentif, appliqué dans la position couchée, c'est-à-dire pendant que le varicocèle était réduit, celui-ci ne reparaissait presque plus. Aussi, pendant les nuits suivantes, le malade eut de vraies érections, qui ne cessaient plus au moindre mouvement comme auparavant ; elles tombaient cependant encore dans la station verticale. De plus, le suspensoir bourré de ouate formait une masse si volumineuse que, même pendant l'érection, il en émergeait un bout de verge trop court pour essayer le coït.

En présence de ces faits, la cure radicale du varicocèle s'imposait ; et le malade, frappé lui aussi d'une corrélation qu'il n'avait pas soupçonnée jusqu'alors, réclamait à tout prix une opération dont il espérait le retour ou plutôt la première apparition d'érections normales. Dans le cas particulier, il ne fallait évidemment pas songer à la résection cutanéo-veineuse du scrotum, naguère encore préco-

nisée par Horteloup et Wickham; l'espèce de suspensoir cutané qui résulte de cette opération n'eût certainement pas donné le résultat cherché. En outre, l'élongation de la bourse gauche n'était pas énorme, non plus que le paquet veineux y contenu, et la dilatation variqueuse portait presque exclusivement, comme je l'ai dit, sur le groupe antérieur des veines spermatiques. Et puis, il semblait qu'ici une intervention directe sur l'élément vasculaire était indiquée, en raison des singuliers phénomènes circulatoires en présence desquels on se trouvait. Tel fut également l'avis de mon très cher maître, le docteur Paul Segond, qui voulut bien, sur ma demande, interroger et examiner le malade quelques jours avant l'opération.

C'est donc la double ligature avec résection du paquet variqueux que je pratiquai le 16 février 1888 avec l'aide précieuse de mes excellents amis et collègues d'internat, les docteurs Guiard et Launois. Avec les précautions antiseptiques habituelles (bain préalable, savonnage, abrasion et lavage de la région avec la solution de sublimé au millième, antisepsie des instruments, etc.), la peau fut incisée verticalement à la partie antéro-externe de la bourse gauche dans une étendue de 5 à 6 centimètres. L'incision ne fut pas unique, mais double, légèrement courbe et se rejoignant à ses deux extrémités, de façon à circonscrire et à enlever un petit segment elliptique de peau de la longueur sus-indiquée et d'une largeur d'un centimètre à peine au point le plus large. C'était en somme le procédé du professeur Guyon, mais avec résection d'un lambeau cutané très minime.

Sans ouvrir la tunique vaginale, je tombai immédiatement sur le varicocèle, duquel j'isolai sans difficulté le canal déférent. Un double fil de gros catgut fut passé et glissé aussi haut et aussi bas que possible sous le paquet des veines variqueuses, et cette double ligature fut énergiquement serrée. 3 à 4 centimètres environ de veines flexueuses furent ainsi réséqués, y compris pareille lon-

gueur de l'artère spermatique, dont je ne me préoccupai nullement. Lavages répétés avec la solution de sublimé, et huit points de suture au fil d'argent très fin; quelques brins de gros catgut furent laissés dans la plaie à la partie inférieure afin d'assurer un drainage suffisant, s'il était besoin. Pansement à la gaze iodoformée et à la ouate sublimée (en grande abondance), maintenu par un double spica en larges bandes de tarlatane.

Suites opératoires des plus simples et absolument apyrétiques; le premier pansement ne fut levé que le quatrième jour et 6 points de suture sur 8 furent enlevés, ainsi que les brins de catgut destinés à servir de drain. Trois jours après, je retirai les deux derniers fils d'argent, mais alors je m'aperçus que la partie supérieure de la plaie, qui, au pansement précédent, avait semblé complètement réunie, donnait issue à quelques gouttes de pus. Il en fut ainsi pendant toute une semaine encore, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'une partie du gros catgut, qui avait servi à la ligature supérieure du varicocèle, eût été éliminée par cette fistulette. Sans ce petit incident de suppuration, dû à la non-résorption de ce catgut, la plaie eût été cicatrisée par première intention vers le quatrième ou cinquième jour.

Quoi qu'il en soit, dès les premiers jours de mars, M. P... reprenait sans gêne et sans fatigue ses occupations, qui nécessitent des courses fréquentes et prolongées dans Paris, et, en tous cas, la station debout durant toute la journée.

Depuis l'opération, un certain nombre de mois s'est écoulé. Le testicule gauche, disons-le de suite, a conservé exactement le même volume que celui du côté non opéré; la bourse gauche n'est plus pendante et se trouve même sur un plan un peu plus élevé que la droite. Même lorsque le malade est debout, on ne sent aucune trace de son ancien varicocèle.

Mais que sont devenues les érections? Dès les premiers jours qui ont suivi l'intervention chirurgicale, alors que l'opéré était encore au lit, il me racontait qu'il était vérita-

blement tourmenté par la longue durée de ses érections, qui persistaient dans le décubitus latéral ou si les cuisses s'écartaient, ce qui n'existait pas autrefois. Néanmoins, elles ne semblaient pas parfaites, en ce sens que la verge était, au dire du malade, plutôt « soufflée » que turgide et dure. En outre le gland ne paraissait pas participer au gonflement des corps caverneux. Cet état de demi-érection se prolongea pendant plusieurs semaines. Aussi, une tentative de coït en avril n'aboutit pas, à cause de cette flaccidité du gland, et peut-être un peu également à cause de l'émotion de ce début dans la vie génitale : c'est du moins l'avis du malade, garçon fort intelligent et se rendant parfaitement compte des moindres particularités.

Mais, au commencement de mai, l'érection parfaite du gland ayant enfin accompagné celle des corps caverneux, les rapports sexuels purent être complets et ont été depuis lors répétés avec un plein succès.

Quelle est l'interprétation la plus satisfaisante à donner à ce fait clinique ? D'après ce qui se passait avant l'opération et d'après ce qui s'est produit depuis, il est probable que le varicocèle de ce jeune homme était le seul obstacle à ses érections. Cependant, comment expliquer que des varices des veines spermatiques aient été capables d'empêcher mécaniquement l'afflux du sang artériel dans l'appareil érectile de sa verge ? Car c'est ainsi peut-être qu'il conviendrait d'envisager l'impuissance génitale de ce malade. L'érection progressive de ses corps caverneux d'abord, de son gland ensuite pendant les semaines consécutives à l'opération, tendrait à prouver qu'ici la turgescence pénienne ne se produisait pas parce que le sang n'arrivait pas dans les trabécules du tissu spongieux.

De toutes les théories relatives au mécanisme de l'érection, il ressort que deux ordres de phénomènes sont nécessaires pour que la verge devienne turgide : 1° l'apport excessif du sang artériel venant gorger successivement les aréoles capillaires du tissu spécial qui constitue presque

exclusivement les corps caverneux, la portion spongieuse de l'urèthre et le gland ; 2° l'obstacle à l'écoulement immédiat de ce sang par le réseau veineux.

Dès l'abord il semblerait que, chez notre malade, c'est ce dernier phénomène qui devait être en cause, la lésion étant veineuse et l'opération curatrice ayant porté sur des veines. Cependant, s'il en était ainsi, lorsque les érections ont commencé à se produire, elles n'auraient pas présenté cette marche si caractéristique d'arrière en avant, qui a été signalée pendant la convalescence du sujet.

L'anatomie ni la physiologie normales d'ailleurs ne nous fournissent aucun éclaircissement à cet égard. D'une part, le sang après l'érection du tissu caverneux décongestionné par la veine dorsale de la verge, mais celle-ci ne peut avoir, que nous sachions, aucun rapport de contiguïté ou d'anastomose avec les veines spermatiques. Il en est de même plus profondément du plexus de Santorini, où aboutit la veine dorsale, et du plexus pampiniforme, où se jettent les veines antérieures du cordon. Le varicocèle ne pouvait donc dériver à son profit le sang destiné à gonfler le pénis, à moins de supposer des anastomoses veineuses aussi larges qu'anormales, à peu près impossibles à admettre anatomiquement.

D'autre part, nous avions songé un instant à une autre pathogénie. Le paquet veineux n'aurait-il pas été capable de comprimer, en un point quelconque de son trajet, l'artère honteuse interne qui, par ses deux ordres de rameaux terminaux, dorsaux et caverneux, apporte à la verge le sang nécessaire à l'érection ? Mais la distance, qui sépare cette artère des veines variqueuses, rend aussi cette hypothèse improbable, de même que celle d'une communication anévrismale entre ces deux genres de vaisseaux. Chez notre malade du reste, le varicocèle n'avait aucunement l'apparence d'un anévrisme artério-veineux.

Quoiqu'une explication satisfaisante manque au fait clinique que nous venons de rapporter, il m'a néanmoins

paru intéressant de le publier, tout au moins en raison du résultat obtenu. On a signalé des observations où l'impuissance a succédé à la cure opératoire du varicocèle; ici, c'est le contraire qui s'est produit.

REVUE DES JOURNAUX

PRESSE FRANÇAISE

CONSIDÉRATIONS SUR L'INCONTINENCE D'URINE ÉTUDIÉE CHEZ LES ENFANTS, par M. le docteur DESCROIZILLES (*Revue générale de clinique et de thérapeutique,* 11 avril 1889). — M. le docteur Descroizilles ayant eu à s'occuper de plusieurs cas d'incontinence d'urine, dans son service de l'hôpital des Enfants malades, a cru bon, avec raison, d'appeler l'attention de ses élèves sur « cette désolante infirmité ».

En ce qui concerne l'étiologie, les causes en sont dues à des circonstances variées chez l'enfant comme chez l'adulte. Les très petits enfants présentent, pour ainsi dire, l'incontinence d'urine à l'état normal. Après la naissance, l'écoulement des urines reste indépendant de la volonté, parce que le sphincter vésical a peu d'énergie, tandis que la vessie possède une grande sensibilité : cette miction involontaire peut durer jusqu'à l'âge même de 2 ans. Comme thérapeutique, rien à faire.

Chez les sujets plus âgés, l'incontinence peut être symptomatique ou essentielle; symptomatique, elle est due à des lésions vésicales, prostatiques, des calculs, des oxyures, longueur du prépuce, à l'épilepsie ou à l'excès d'urates et de phosphates; enfin elle peut survenir dans une maladie grave épidémique.

Quant à l'incontinence essentielle, elle a pour causes l'hyperesthésie du réservoir vésical ou le défaut de tonicité de son sphincter. Si ces deux causes peuvent être simultanées, l'atonie du sphincter a cependant une place prépondérante. L'inconti-

nence d'urine existe plus souvent chez les garçons que chez les filles, et plus rarement de 2 à 5 ou 6 ans qu'avant ou après cette période. La plupart des incontinences cessent à l'époque de la puberté ; d'autres ne sont supprimées qu'à 20 ans et encore plus tard ; quelques-unes durent indéfiniment, malgré de nombreuses tentatives de guérison. Il est d'ailleurs impossible au praticien le plus expérimeuté de fixer à l'incontinence une durée même approximative, surtout s'il s'agit d'un enfant faible et surtout d'un épileptique.

Les enfants qui ont été les sujets d'observations de M. le docteur Descroizilles sont au nombre de 6 : 5 garçons et 1 fille.

L'un, 12 ans peu vigoureux, resta 3 mois dans le service et sortit sans amélioration, malgré les douches, l'électricité et même la suggestion, puis jusqu'à 40 gouttes par jour de rhus aromaticus.

Le deuxième, garçon de 13 ans, très vigoureux, malade depuis 3 ans, près de 2 mois dans le service, sortit non amélioré, malgré les gouttes de teinture de rhus aromaticus (de 15 à 50).

Le troisième, probablement tuberculeux (hémoptysie), 9 ans, emploi du rhus, aucun résultat.

Le quatrième, 5 à 6 ans, d'abord amélioration avec le rhus, puis rechute.

Le cinquième, mêmes résultats.

Quant au sixième, qui était une petite fille, pas encore réglée, depuis 5 ou 6 ans elle avait de l'incontinence nocturne et même diurne : au bout de 15 jours de l'emploi du rhus, l'état s'est amélioré et même guéri, et la malade n'a pas été revue.

Avant d'étudier spécialement le rhus aromaticus préconisé en Belgique, l'auteur passe rapidement en revue les différents traitements employés, en dehors de celui qui attaque directement les causes. Si l'incontinence est due aux spasmes de la paroi vésicale, on administre les calmants : bromure de potassium, belladone, atropine ; s'il s'agit au contraire d'atonie vésicale, on emploiera les stimulants, c'est-à-dire les tétaniques tels que la noix vomique, la cantharide, la strychnine, le rhus aromaticus ; frictions sur les reins avec les différents baumes : l'électricité doit être surtout employée à l'état statique. Comme moyens hygiéniques, accorder une grande confiance à la méthode qui consiste à priver les jeunes sujets de toute espèce

de boissons, depuis la fin du repas jusqu'au moment où on les couche.

La belladone se donne, sous la forme d'extrait, soit en pilules, soit en sirop, en commençant par 1 centigramme par jour jusqu'à 10 et 15 centigrammes; pour l'atropine, ne pas dépasser la dose de 3 à 4 dixièmes de milligramme par 24 heures.

En ce qui concerne le rhus aromaticus, des expériences encourageantes ont été faites en Belgique et publiées en 1888. A Bruxelles, le docteur Max s'est servi d'une teinture préparée par macération avec 200 grammes d'écorce de rhus et 800 grammes d'alcool : il donne par jour 20 à 50 gouttes de cette teinture. Sur 11 observations, il a obtenu 9 succès, plus ou moins complets. Le docteur Burweasch, à Gand, est arrivé à un résultat très bon dans 11 cas, moins bon dans 10, très peu accentué dans 12; mais chez tous l'effet de la médication a été appréciable. Le docteur Guinon n'a eu que des résultats peu décisifs. Le docteur Legrain, à l'asile de Vaucluse, n'a pas réussi.

M. Descroizilles fait suivre sa leçon de quelques formules qu'il est utile pour le praticien de connaître et que l'on trouve dans les formulaires.

Sur un cas d'hématurie héréditaire chez un enfant de 8 ans, par M. le docteur Chevallier (de Compiègne). (*Même journal* et même n°). — Un petit garçon de 8 ans, au cours d'une santé très florissante, a été brusquement atteint d'hématurie. Jamais de fièvre ni de lassitude : aucune douleur lombaire ou rénale, ni pesanteur générale. Au bout de 8 jours l'hématurie cessa d'elle-même. Il ne paraît pas douteux pour M. le docteur Chevallier que ce petit enfant, fils d'une créole, n'ait été frappé d'une affection absolument identique à celle qui sévit endémiquement aux îles Maurice.

Quelques opérations récemment pratiquées a la clinique chirurgicale de Moscou; — Uréthrotomie; — Litholapaxie, par M. le docteur Novatsky (*Revue générale de clinique*, 18 avril). — Le nombre des cas de lithrotritie admis à la clinique s'est élevé pendant le dernier semestre à neuf hommes et une femme.

Cinq hommes furent soumis à la lithotritie ; quatre guéri-

rent, un seul succomba. Cinq autres, quatre hommes et une femme, subirent la lithotritie et la litholapaxie. Tous guérirent.

L'auteur ici croit utile de faire observer que, selon lui, le volume et la dureté de la pierre vésicale n'arrivent qu'au dernier rang parmi les considérations qui déterminent le choix entre la lithotomie, la lithotritie et la litholapaxie. C'est l'état des organes et des voies urinaires qui doit motiver la conduite du chirurgien.

Si ces organes, et particulièrement les voies urinaires, entre autres la vessie, ce réservoir temporaire de l'urine, se trouvent dans un état satisfaisant, s'il y a absence de catarrhe soit du côté des bassinets et des uretères, soit du côté de la vessie, ou que, le catarrhe subsistant, il n'a pas encore atteint de grandes proportions et causé des désordres dans l'état des tissus; si, en outre, la prostate n'est pas hypertrophiée, le canal de l'urèthre pas trop étroit (condition qui rend la lithotritie et surtout la litholapaxie très difficiles sous le rapport technique et même impossibles), même si la pierre est dure et d'un gros volume, il choisit de préférence la lithotritie et la litholapaxie. Si, par contre, les voies urinaires sont le siège d'un catarrhe muco-purulent, de vieille date, enraciné, il préfère résolument la lithotomie, les cas exceptés, peut-être, où il a la conviction de pouvoir achever la lithotritie en une seule séance, ou qui lui permettent de faire une litholapaxie. Si cette conviction n'existe pas, il pratique la lithotomie, même si la pierre est peu volumineuse et peu dure: d'autant plus que les petites pierres n'exigent qu'une plaie périnéale restreinte (1). Il ne redouterait pas la lithotritie chez les enfants en bas âge ; il la pratique même chez les enfants à la mamelle, mais avec des instruments qui correspondent au calibre de leur urèthre, ayant

(1) Depuis fort longtemps déjà dans la lithotomie périnéale j'ai pour habitude de ne faire que de courtes incisions dans le périnée et la prostate, même dans le cas ou le volume de la pierre serait assez fort. L'intégrité de la capsule prostatique me tient plus à cœur que la petite satisfaction d'extraire toujours la pierre entière. Bien au contraire, si la grosseur de cette dernière dépasse la longueur de mes incisions du périnée et de la prostate, je l'écrase préalablement par la plaie en quelques fragments, lesquels sont ensuite retirés l'un après l'autre à l'aide des tenettes. (Note de l'auteur.)

auparavant fendu la commissure inférieure du méat urinaire jusqu'à la fosse naviculaire. Chez les petits enfants, les pierres, à l'ordinaire, n'atteignent pas de grosses proportions, en sorte que, après les avoir écrasées à l'aide du percuteur à dents, on parvient facilement, par l'introduction répétée du percuteur à cuillère, à retirer ces fragments et à terminer l'opération en une seule séance.

UNE ÉPINGLE A CHEVEUX DANS LA VESSIE, par le docteur LE ROUX, médecin en chef de l'hôpital de Relizane (*Gazette de gynécologie*, n° d'avril). — Une jeune fille de 15 ans, accompagnée de ses parents, se présente chez M. le Dr Le Roux; la mère lui déclare que sa fille, *en s'asseyant sur son lit*, s'est enfoncé une épingle à cheveux dans les parties sexuelles. Après des explorations avec le doigt, la sonde et le spéculum (car la jeune fille était déflorée), notre confrère déclare qu'il ne trouve aucun corps étranger.

Quinze jours après, retour des parents et de la fille, qui se plaint de vives souffrances en urinant et ajoute que l'urine s'écoule par gouttes. L'introduction de la sonde fait entendre, cette fois, un frottement métallique et ramène des urines purulentes et sanguinolentes. Plus de doutes, l'épingle à cheveux est implantée au col de la vessie. Prenant la jeune fille à part, M. Le Roux lui demande des renseignements sur ce qui s'est passé; il lui fait comprendre que les médecins connaissent parfaitement les habitudes vicieuses des jeunes filles; qu'en se livrant à la masturbation, elle a introduit cette épingle dans le canal urinaire où elle lui a échappé, et que, du reste, elle est déflorée. Elle nie tout et se prétend vierge, bien que le spéculum pénètre avec facilité.

Séance tenante, la malade est chloroformisée avec l'aide d'une sage-femme ; on introduit dans le canal urinaire les pinces à pansement de la trousse, on saisit l'épingle, mais les mors glissent et ne ramènent qu'un dépôt d'urates formé sur l'aiguille. Après de nombreuses tentatives, toutes identiques et infructueuses, on arrive, en explorant avec le doigt la paroi supérieure du vagin, à sentir à travers les tissus la pointe de l'aiguille. Par une incision en ce point, la pointe de l'aiguille fait saillie dans le vagin, et la saisissant avec les mêmes pinces, le

chirurgien parvient à l'extraire, non sans efforts. Elle sort toute recourbée, et enduite d'un dépôt d'urates.

Légère hémorrhagie: incontinence des urines qui passent par la fistule ; émission pendant une quinzaine de jours de nombreux calculs, dont quelques-uns très volumineux : guérison complète au bout d'un mois.

Tout extraordinaire que paraisse chez une jeune fille l'emploi d'une épingle à cheveux pour se procurer des sensations voluptueuses, on ne peut pas le mettre en doute; plusieurs observations analogues ont été publiées, et généralement les victimes de cette pratique vicieuse, ayant eu plus de franchise que le sujet de cette observation, ont fait des aveux complets.

VESSIE IRRITABLE ET MICTIONS FRÉQUENTES CHEZ LA FEMME (*Gazette de gynécologie*, n° d'avril). — Le docteur Duke, gynécologiste de Steeven'sHospital, publie dans *the Medical Press* (5 septembre 1888) un article sur ces troubles, communs chez les femmes qui souffrent d'une affection interne et dont il n'est pas toujours facile de retrouver la cause.

Dans le cas où, après examen complet, l'urine elle-même ne peut être mise en cause, et où les lésions utérines ne sont pas suffisantes pour provoquer par action réflexe ces troubles continuels, on est obligé de chercher une autre cause. Duke a remarqué, dans un grand nombre de ces cas, un aspect anormal du méat urinaire dont l'ouverture est beaucoup plus petite et plus arrondie, rappelant la forme d'un trou d'épingle, coïncidant avec un col utérin conique.

Le cas ainsi décrit est curable d'une façon relativement facile par la dilatation forcée du méat ou du canal de l'urèthre, mais Duke a noté un phénomène plus curieux ; c'est l'émission d'une quantité considérable d'urine lorsque les lames du dilatateur sont ouvertes, même lorsque la vessie avait été peu d'instants auparavant vidée selon toute apparence par le cathétérisme ; dans quelques cas même, la quantité d'urine est largement égale à celle qui avait été retirée antérieurement.

Cela est toujours une énigme que de savoir d'où vient cette urine, car le diagnostic de la cystocèle est relativement facile, et la dilatation de la vessie ne pouvait exister dans tous les cas où l'auteur a noté cette particularité. On sait que lorsqu'il y a

une tendance au prolapsus utérin et que les parois vaginales sont relâchées, la cystocèle peut se montrer : la paroi postérieure de la vessie, perdant son support nécessaire, fait saillie en arrière dans le vagin et forme un sac suffisant pour contenir une quantité d'urine considérable ; mais il ne s'agit pas ici de ces cas.

La dilatation du canal de l'urèthre est le traitement le plus efficace dans tous les cas où l'urine est normale et où il y a en même temps des spasmes et de l'excitabilité de la vessie ; mais lorsqu'il existe manifestement un manque de tonicité de la vessie, un mélange à parties égales de fer, de poudre de cantharides et de poudre de noix vomique donne toujours des résultats satisfaisants. Dans certains cas exceptionnels, Duke s'est bien trouvé d'un vésicatoire appliqué sur le sacrum. En dernier ressort, il a employé avec succès l'électricité galvanique ; il a eu les résultats les plus satisfaisants dans certains cas qui paraissaient incurables, par exemple chez une dame qui, depuis plus de cinq ans, portait nuit et jour un urinal.

Dr Delefosse.

PRESSE ALLEMANDE

1° Calcul uréthral, par M. R. S. Tesjakow. — Homme de 18 ans, vigoureux, se plaignant de douleurs en urinant et montrant une petite pierre ayant fait issue à travers une fistule scrotale. Il existait en effet une tuméfaction volumineuse du scrotum, sur la moitié droite duquel, en son milieu, s'ouvrait une fistule qui conduisait le stylet sur une pierre. La palpation faisait sentir une pierre grosse comme un œuf, ou plutôt plusieurs pierres, car il y avait de la crépitation. Il y avait déjà 15 ans que les accidents uréthraux existaient, mais il n'y avait de fistules que depuis 1 an. L'urine passait exclusivement par la fistule. Incision sous l'anesthésie chloroformique. Extraction de 20 pierres phosphatiques, dont la plus grande, pesant 67 grammes, avait 6 centimètres de long sur 4c,5 de large. Poids total, 120 grammes. La partie de l'urèthre ainsi habitée allait de la partie membraneuse à 2 centimètres du méat. Guérison (*Mediz. Obosrenje*, 1889, nos 2, 3, d'après *Centr. f. Chir.* 1889, p. 389).

2° Opération pour guérir l'incontinence d'urine, par M. R. Gersuny (Vienne). — Il s'agit d'un cas spécial de malformation uréthrale chez une fille de 14 ans, bien conformée du reste mais présentant un épispadias évident. L'urèthre, anormalement court (1 centimètre) et anormalement large (recevant le petit doigt) se prolongeait en haut en une fente qui arrivait entre les deux moitiés écartées du clitoris. Dès lors l'incontinence tenait bien évidemment à une défectuosité du sphincter vésical. Une opération infructueuse avait été pratiquée dès l'âge de 1 an. Un premier essai fut fait par Gersuny en 1883. Suture après incision médiane allant jusqu'à la vessie et avivement des deux moitiés du clitoris. La réunion immédiate fut obtenue, mais le résultat fonctionnel fut nul. Alors Pawlik pratiqua lui-même l'opération qu'il a décrite en 1883 (*Wien. med. Woch.*) et qui consiste dans une suture après excision d'un lambeau cunéiforme auprès du méat, que l'on rétrécit ainsi par la rétraction cicatricielle. Cette opération fut faite une fois à droite et deux fois à gauche. Le résultat fut que la malade assise gardait ses urines pendant une heure; mais couchée elle les perdait quelquefois, et debout elle les perdait toujours. Il fallait donc intervenir, car on ne pouvait pas compter refaire le sphincter vésical, certainement rudimentaire. D'autre part, fermer tout à fait l'urèthre et créer une fistule hypogastrique (Rutenberg) n'est certainement qu'un pis aller. Il fallait donc établir autour de l'urèthre une résistance cicatricielle, mais par un procédé autre que celui de Pawlik. En 1888 Gersuny fit donc une dissection circulaire et libéra l'urèthre sur 2 centimètres de long, jusque sous l'arcade pubienne. L'urèthre ainsi isolé fut tordu de 180° sur son axe, et on constata par le cathétérisme qu'il en résultait une résistance notable au passage de la sonde. Suture, réunion immédiate. L'amélioration fut évidente. Il fallut cependant faire une nouvelle séance 3 semaines après (rotation de 90° dans le même sens); puis une troisième au bout d'un mois encore (rotation de 180°). Après cette dernière intervention, il y eut 3 jours de rétention, combattus par le cathétérisme. Puis la miction volontaire s'établit peu à peu plus espacée. Au bout de 4 mois, la malade peut rester 5 heures sans uriner; le besoin devient alors brusquement pressant et elle évacue, en 4 minutes environ, un demi-litre d'urine. L'urèthre laisse passer une sonde

n° 13 (Charrière). En somme, l'auteur dit avoir obtenu ainsi une fermeture par torsion, analogue à celle de certaines blagues à tabac en caoutchouc. Il a fallu quelque temps pour que le résultat devînt probant, car la vessie a dû acquérir peu à peu une capacité suffisante (*Eine neue Operation zur Heilung der Incontinentia Urinæ*, in *Centralblatt f. Chir.*, 1889, n° 25, p. 433).

3° Taille hypogastrique, par M. P. Multanowski. — Observation remarquable seulement par le volume de la pierre (545 grammes), en sorte qu'il a fallu inciser crucialement la vessie. Les dimensions de cette pierre phosphatique sont 9c,7 ; 8c,1 ; 6c,7. L'opération a été faite le 27 juin 1875 sur un homme de 33 ans qui souffrait depuis l'âge de 5 ans. Il était arrivé à un amaigrissement squelettique. Il a cependant guéri de l'acte chirurgical, mais pour mourir 12 ans après d'urémie (*Ein Fall von hohem Steinschnitt mit kreutzförmiger Incision der Blase bei kolossalem Stein*, in *Wratch*, 1888, n° 49, d'après *Centr. f. Chir.*, 1889, p. 390).

4° Taille hypogastrique, par M. A. Hanc. — Pierre de 240 grammes extraite à la clinique de Ultzmann. Ici aussi il a fallu faire l'incision cruciale de la vessie. Il y avait 24 ans que le patient portait sa pierre, mais sans en souffrir grandement ; depuis cinq ans la cystite s'était déclarée (*Ein Beitrag zum hohen Blasenschnitt*, in *Intern. klin. Rundschau*, d'après *Centr. f. Chir.*, 1889, p. 390).

5° Calculs vésicaux. — M. J. F. Sematzki (de Saint-Pétersbourg) a étudié la *taille hypogastrique*. Il insiste sur la nécessité des pratiques suivantes : introduire un ballon rectal ; distendre la vessie ; faire une incision rigoureusement verticale ; fixer la vessie à l'aide d'anses de fil (Kolomnin) et non à l'aide de crochets. La suture de la vessie, à deux étages suivant le procédé de Tiling, doit être tentée ; on draine l'angle inférieur de la plaie pariétale et l'on met dans la vessie une sonde à demeure qui n'y restera pas moins de 12 jours chez les adultes. S'il y a catarrhe vésical ou suppuration périvésicale, on ne fera pas la réunion, mais on introduira deux tubes pour drainer la vessie. Les indications de la taille sont : 1° *du côté de la pierre*, nuance,

dureté, enchatonnement et enkystement, multiplicité; 2° *du côté des organes urinaires*, imperméabilité du canal; suppuration dans le tissu cellulaire, hypertrophie prostatique, soupçon de néoplasme.

M. N. W. Solomka a fait sur le même sujet un travail fondé sur l'analyse de 491 opérations russes, qu'il divise en deux groupes: 1° *Avant l'antisepsie* 62 cas, 38 guérisons, 23 morts, 1 inconnu. Ces faits concernent 30 sujets de 1 à 5 ans; 8 de 5 à 10; 9 de 10 à 15; 2 de 15 à 20; 2 de 32 ans; 1 de 40 ans; 1 de 70 ans. On y compte 8 filles. Le poids de la pierre varie de 1 à 328 grammes. Les causes de la mort, inconnues dans 4 cas, sont pour les autres : 6 péritonites, 1 hémorrhagie, 2 pyélonéphrites, 3 péricystites et péritonites, 1 péricystite et pyélonéphrite, 1 péricystite, 1 cystite-entérite, 1 pneumonie, 1 érysipèle, 1 marasme. Si on élimine les causes non spéciales (érysipèle, pneumonie, marasme, entérite), on a 30 p. 100 de mortalité, ce qui est à peu près la proportion donnée par les autres auteurs (Dulles, Tuffier). 2° *Depuis l'antisepsie*, 424 opérations, dont 1 femme et 11 filles. Les cas sont divisés en *six catégories : a.* urine à peu près normale, 226 cas, avec 22 morts. *b.* légère lésion vésicale, 67 cas, 10 morts. *c.* Cystite nette, polyurie, albuminurie, amaigrissement, fièvre, 66 cas, 17 morts. *d.* Récidives de pierres 8 cas, 2 morts. *e.* Calculs vésico-prostatiques, enchatonnés, compliqués de tumeurs, 25 cas, 2 morts. *f.* Pas de renseignements, 32 cas, 6 morts. Si l'on tient compte de l'*âge*, on trouve 120 enfants de 1 à 5 ans (17 morts); 117 de 5 à 10 ans (10 morts); 43 de 10 à 15 ans (6 morts); 23 de 15 à 20 (3 morts); 30 de 20 à 25 (5 morts); 18 de 25 à 30 (1 mort); 6 de 30 à 35 (2 morts); 5 de 35 à 40 (1 mort); 4 de 40 à 45 (3 morts); 12 de 45 à 60 (3 morts); 11 de 60 et au-dessus (3 morts) 35 inconnus (5 morts). Le *poids* a varié de $0^{gr},2$ à 545 grammes (1); 390 fois il n'y avait qu'une seule pierre. La plupart des opérations ont été faites sans ballon rectal. Les complications sont 6 lésions du péritoine (2 morts); 29 hémorrhagies sérieuses (2 morts); 33 difficultés d'extraction (15 morts); 14 lithotrities (4 morts). Après la suture il y a 7 morts, dont 4 en relation directe avec l'opération.

(1) Ce calcul gigantesque est probablement celui qui est indiqué au n° 3 de cette *Revue*.

69 sutures totales ; 48 sutures partielles de la vessie. Les sutures totales sont au nombre de 38 dans la première catégorie de faits (20 succès). Au total, la suture a réussi dans 34, 8 p. 100 des cas. La suture doit être faite au catgut : les fils de soie ont causé parfois des fistules persistantes et d'autre part, une fois tombés dans la vessie, ils peuvent s'y incruster. Après suture, il faut mettre une sonde à demeure. Si maintenant on étudie la mortalité générale, on la trouve (élimination faite de 12 cas), de 11, 1 p. 100, dont 8,1 pour les faits de la 1re catégorie, et 18 1 p. 100 pour ceux des 5 autres. La mortalité est donc considérablement améliorée. Quant aux « perfectionnements » opératoires de Rydygier, de Langenbuch, ils ne peuvent que discréditer l'opération.

N. W. Solomka (de Tiflis) conseille la *suture après la taille périnéale médiane* lorsque l'urine n'est pas pathologique, lorsque la pierre a été enlevée entièrement et sans contusion des tissus. Cette suture se fait en 3 étages : un plan, au catgut, sur la paroi uréthrale ; puis, pour les autres parties molles, un plan profond et un plan superficiel.

S. Ssubotin (de Charkow) fait un plaidoyer en faveur de la lithotritie contre la taille (3e *Congrès des médecins russes*, 1889, d'après *Centralblatt f. Chir.* 1889, n° 25).

6° Résection partielle de la symphyse pour une fistule vésicale profonde, par M. Sonnenburg. — Homme âgé et décrépit opéré en avril 1882, de taille hypogastrique et soigné après l'opération par le bain permanent en raison d'eschares par décubitus. Guérison en 25 jours. Mais il se fit une collection purulente entre la vessie et la peau, et finalement une fistule prévésicale qui déjoua toutes les tentatives thérapeutiques. Depuis le début de 1887 il a commencé à couler de l'urine par la fistule. Des opérations diverses ayant échoué, Sonnenburg fit alors au-dessus de la symphyse une incision transversale, dénuda le haut de la symphyse, puis le réséqua et mit ainsi largement au jour l'orifice vésical de la fistule. Le tissu cicatriciel fut extirpé ; avivement et suture de l'orifice vésical, le sujet étant dans la position de Trendelenburg. Guérison définitive.

Langenbuch a fait une résection de la partie inférieure de la symphyse après taille sous-pubienne pour atteindre le col

vésical et pratiquer le cathétérisme rétrograde dans un cas de rétrécissement infranchissable. Guérison (*Fall von partieller Resection der Symphyse wegen tiefliegender Blasenfistel.* Réunion libre des chirurgiens de Berlin, 14 janvier 1889, *in Deutsche med. Woch.*, 1889, p. 179).

7° Phlegmon de la cavité de Retzius, par M. G. Englisch. — L'auteur établit la division étiologique suivante : 1° phlegmon idiopathique, sans cause connue ; 2° phlegmon consécutif d'une lésion traumatique ; 3° phlegmon consécutif à une lésion des organes voisins ; 4° phlegmon métastatique, consécutif à une maladie infectieuse d'autres organes plus ou moins éloignés. C'est surtout de la forme idiopathique qu'il s'occupe, d'après sept observations personnelles qu'il publie *in extenso*. Rien de neuf dans l'étude symptomatique. 23 observations sont réunies, qui ne donnent que 3 cas de mort, par irruption du pus dans la cavité péritonéale. Une théorie un peu obscure est édifiée par Englisch sur le mode d'infection du tissu cellulaire prévésical dans le phlegmon idiopatique. Il y a prédisposition par les inflammations actuelles ou passées des voies urinaires. et il est bien possible que l'auteur ne tienne pas tout à fait assez compte des propagations phlegmasiques, ce qui réduirait de beaucoup les phlegmons idiopathiques, comme partout ailleurs, au reste. Englisch fait remarquer que les tuberculeux sont prédisposés à l'inflammation isolée de la cavité de Retzius. Ce travail est, en somme, utile à consulter. Il réunit avec soin un grand nombre de matériaux (*Ueber die idiopatische Entzündung der Zellgewebes des Cavum Retzii, pericystitis idiopathica, in Wiener Klinik*, 1889, n° 1 et 2).

8° Sur la pyonéphrose aiguë, par M. Israel. — Un homme de 22 ans était bien portant, sauf une vieille blennorrhée, lorsque le 1er décembre 1887 il fut pris de frisson, de fièvre, de douleurs lombaires gauches, irradiées et vers les membres et vers l'estomac. Une volumineuse tumeur, manifestement rénale, fut alors constatée à gauche. Elle était nettement fluctuante. Langue lisse, rouge, urine peu abondante, très peu troublée, acide. La néphrotomie lombaire fut faite le 23 décembre 1888 et donna issue à 1 litre et quart de pus. Le doigt pénétra alors dans une

cavité dont la paroi n'avait nulle part plus de quelques millimètres d'épaisseur; l'orifice de l'uretère ne fut pas trouvé. Il est pourtant indiscutable que cette poche est dans le rein. Dès lors Israël n'admet pas qu'une semblable atrophie de la coque rénale distendue se soit produite en trois semaines. Il existait probablement une hydronéphrose, et le début aigu de la maladie correspond sans doute à l'infection brusque de cette cavité par l'ascension de la blennorrhagie. L'incision une fois fistulisée, il s'écoula par là plus d'urine que par l'urèthre. Le malade sortit de l'hôpital le 4 mars 1888, mais il y revint le 22 avril avec une forte fièvre, due non pas à une rétention derrière la fistule, mais à un abcès situé entre le diaphragme et le rein. Drainage, guérison. Le malade est présenté le 14 janvier 1889 à la réunion libre des chirurgiens de Berlin (*Ueber Pyonephrosis acuta*, in *Deutsche med. Woch.*, 1889, p. 156).

9° Néphrectomie pour pyonéphrose, par M. Julius Schmidt. — Relation de deux opérations faites par Bardenheuer. Obs. I. Femme de 32 ans ayant une tumeur abdominale dont le diagnostic ne fut porté qu'après examen par l'incision exploratrice extrapéritonéale de Bardenheuer. Une cavité kystique d'origine rénale une fois reconnue, la poche fut incisée et partiellement réséquée. Pendant les premiers jours la malade alla mal, eut de la fièvre, suppura. Alors, au 4e jour, la néphrectomie fut faite. Guérison. Pas de renseignements sur l'origine de cette pyonéphrose. De même d'ailleurs pour l'Obs. II (femme de 25 ans), où l'incision exploratrice fut encore nécessaire pour assurer le diagnostic. Néphrectomie, guérison (*Zwei Fälle von Nephrectomie*, in *Deutsche med. Woch.*, 1889, p. 417).

10° Néphrectomie pour rein flottant, par M. Hager. — Observation destinée à démontrer qu'il ne faut jamais faire la néphrectomie pour un rein flottant sain. Cette opération a été pratiquée le 4 juin 1887 par Wiesinger (de Hambourg) à une femme de 22 ans chez laquelle existaient, depuis août 1886, à la suite d'un coup, des accidents de rein flottant, à droite. La malade a guéri de l'acte chirurgical, malgré une hémorrhagie intense survenue dans la nuit suivante. Mais bientôt sont apparus des phénomènes douloureux, dus à une lithiase

du rein gauche, déplacé à son tour, en sorte qu'en octobre 1887, Kummel fit de ce côté la néphrorrhaphie. Depuis, la malade a été améliorée, mais en octobre 1887 elle a eu une crise urémique, et Hager craint qu'elle ne soit destinée à succomber bientôt dans une crise de ce genre (*Wider die Nephrectomie bei Wunderniere*, in *Berl. klin. Woch.* 1889, n° 2, d'après *Centralblatt f. Chir.*, 1889, p. 392).

11° Rein et foie flottants, par M. Langenbuch. — Une jeune fille de 19 ans fut opérée de néphrorrhaphie à droite par Langenbuch le 3 février 1888 et les accidents cessèrent jusqu'à une chute que fit la malade en août 1888. Les phénomènes morbides reparurent alors, liés à une tumeur mobile qui fut prise pour le rein à nouveau déplacé sous l'influence du trauma. Langenbuch incisa donc à nouveau sur la cicatrice, et trouva le rein parfaitement fixé. Puis il ne tarda pas à se rendre compte qu'il s'agissait du lobe droit du foie mobilisé. Réunion de la plaie par seconde intention, et la cicatrice fixa le foie. Puis la malade se maria, devint enceinte, avorta au 2e mois, et les accidents recommencèrent. Langenbuch s'est convaincu par l'examen que c'est le foie qui reste flottant. Il a conseillé de porter une ceinture spéciale.

Le même auteur relate ensuite une opération de néphrorrhaphie mortelle sur une femme de 43 ans, atteinte d'une tumeur abdominale qui fut prise pour une hydropisie de la vésicule biliaire, car depuis de longues années la malade souffrait de coliques hépatiques et rendait par les reins des calculs biliaires. L'incision abdominale fut suturée après rectification du diagnostic, et la néphrorrhaphie lombaire fut pratiquée. Mort de septicémie en 3 jours : Langenbuch expliqua la suppuration de la plaie par ce fait qu'un des fils a traversé un infarctus embolique ancien, mais encore septique cependant (*Réunion libre des chirurgiens de Berlin*, 11 mars 1889, in *Deutsche med. Woch.* 1889, p. 325).

Dr A. Broca

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

I. Société de chirurgie.

1° IMPUISSANCE CONGÉNITALE GUÉRIE PAR L'OPÉRATION D'UN VARICOCÈLE, par le docteur R. JAMIN (*Séance du 27 février* 1889). — Voir l'observation publiée plus haut et le travail de M. P. Segond inséré dans les *Annales* du mois d'avril dernier (page 201).

2° SECTION DE L'URÈTHRE ET DU PÉNIS PAR UNE FICELLE : RÉPARATION AUTOPLASTIQUE par le docteur LE DENTU (*Même séance*). — Il s'agit d'un enfant de 7 ans, atteint d'incontinence d'urine, qui, la nuit, se liait la verge avec une ficelle. Il en résulta une section circulaire complète de l'urèthre et des téguments de la verge, et incomplète des corps caverneux. Une première opération eut pour but la réparation du sillon circulaire du pénis, urèthre non compris : elle consista en un avivement sur les deux surfaces limitantes de ce sillon. Quelque temps après, la circoncision fut pratiquée; et enfin l'urèthre fut restauré dans une troisième opération, qui consista à aviver d'abord à une certaine distance de la perte de substance, et à suturer ensuite transversalement en deux étages. La suture profonde fut faite avec des crins de Florence arrêtés à leurs deux extrémités par des tubes de Galli et introduits très près du bord profond de la surface d'avivement; l'étage superficiel avec quatre crins placés le plus près possible du bord superficiel de cette surface. Les fils furent enlevés au 6e jour et une sonde resta à demeure huit jours seulement. Le résultat fut parfait.

Il en avait été de même chez un adulte, atteint d'une difformité semblable dans des circonstances analogues, et que M. Le Dentu opéra par ce procédé.

3° NÉPHRECTOMIE POUR RUPTURE TRAUMATIQUE DE L'URETÈRE ET DU COLON, par le docteur CHAPUT (*Séance du 13 mars*). — M. Tillaux fait

un rapport sur cette intéressante observation. Un jeune garçon de 16 ans reçoit dans le flanc droit un violent coup de pied de cheval qui le renverse. Deux jours après seulement, on le transporte à l'hôpital et l'on trouve une volumineuse tumeur de la région lombaire qui est douloureuse. Le lendemain, cette tumeur diminue, mais il s'en forme une nouvelle dans la fosse iliaque, qui finit par occuper tout l'espace compris entre les os du bassin et les fausses côtes. M. Chaput fait alors une ponction et, ayant retiré un liquide rosé, il pense à un épanchement séro-sanguin, justiciable d'une intervention. Il pratique donc une incision analogue à celle que l'on pratique pour la ligature de l'iliaque, essaie de décoller le péritoine, mais celui-ci se déchire et laisse apparaître une tumeur du volume de la tête d'un enfant. De cette tumeur incisée sort un liquide rosé mélangé de matières fécales : on était dans le cæcum. Lorsque celui-ci est vidé, on voit qu'il se remplit à nouveau, le liquide arrivant par une perforation de sa paroi postérieure. La perforation est suturée, de même que la plaie opératoire, et l'on va à la recherche du foyer, situé derrière le côlon ascendant. Ce foyer est énorme : il contient une pleine cuvette de liquide rosé, ayant tous les caractères de l'urine.

Il s'agissait donc d'une rupture de l'uretère, avec épanchement d'urine qui s'était fait jour dans l'intestin par un orifice produit sans doute au moment du traumatisme.

Le foyer nettoyé, la solidité des sutures vérifiée, on ferme le ventre.

Le malade guérit de l'opération, mais il se forma au niveau de la plaie opératoire une fistule urinaire et stercorale. Pour remédier à cet état de choses, M. Chaput fit la néphrectomie du côté droit, ce qui fut relativement facile, et, quelque temps après, les deux fistules étaient guéries.

4° Suture primitive et secondaire de l'urèthre et du périnée après l'uréthrotomie externe, par le docteur Kirmisson (*Séance du 3 avril* 1889). — M. Kirmisson a fait la suture, soit immédiate, soit secondaire, de l'urèthre et du périnée chez trois malades.

Le premier, âgé de 57 ans, était atteint d'un rétrécissement blennorrhagique datant de plusieurs années. En arrière de

celui-ci, la sonde permettait de constater l'existence de calculs uréthraux. Uréthrotomie externe sur conducteur, extraction de 7 calculs, section du rétrécissement d'arrière en avant. Sutures à étages de l'urèthre et du périnée : 6 points au catgut pour l'urèthre, 4 points au catgut pour le bulbe et le muscle bulbo-caverneux, 4 points au crin de Florence pour la peau. Sonde à demeure. Légère suppuration des fils superficiels. Résultat parfait.

Le deuxième malade, âgé de 20 ans, était porteur d'un rétrécissement traumatique. Uréthrotomie externe sans conducteur. La plaie reste ouverte, sonde à demeure. Douze jours après, les bourgeons charnus s'étant bien formés, suture secondaire du périnée (4 points profonds, 5 superficiels), pas de réunion de l'urèthre. Résultat satisfaisant.

Enfin, le troisième malade, 46 ans, avait, outre son rétrécissement, de la pyélonéphrite. Uréthrotomie externe. Une première tentative de réunion secondaire échoue entre les mains de M. Hallé; une seconde, tentée par M. Kirmisson, ne réussit pas davantage. Ce dernier met cet échec sur le compte de l'état général.

5° Ectopie testiculaire inguinale simple ou compliquée de hernie traitée par la célorrhaphie, par le docteur Tuffier (*Séances des* 10 *et* 17 *avril*). — M. Lucas-Championnière fait un rapport sur ce travail. M. Tuffier pense avoir été le premier à entraîner le testicule par des tractions jusqu'au fond des bourses et à l'y maintenir par des sutures au catgut jusqu'à formation d'adhérences; mais M. Championnière a fait en avril 1887 une opération semblable communiquée à la Société de chirurgie. Ce malade a été revu, et M. Championnière a constaté que les testicules avaient de la tendance à remonter vers l'anneau inguinal. Pour faciliter la descente du testicule, on peut sectionner le crémaster, en ayant soin de respecter le canal déférent et l'artère spermatique. L'opération est excellente quand le testicule cède facilement aux tractions ; mais, s'il existe des adhérences, les tractions deviennent plus difficiles, et ultérieurement le testicule a de la tendance à remonter.

L'opération ne doit pas être tentée sur les enfants trop jeunes et, s'il y a coïncidence de hernie, il faut faire en même temps la cure radicale de cette dernière.

M. Monod a fait cette opération chez un jeune homme de 18 ans pour un testicule en ectopie mobile, résidant tantôt dans l'abdomen, tantôt dans le canal inguinal. Il n'y eut qu'une seule difficulté, celle de trouver dans les bourses une cavité pour loger l'organe ectopié. M. Monod dut créer une loge artificielle. — Cette opération a été faite pour la première fois à l'étranger en 1881 par Max Schüller et répétée depuis lors par plusieurs chirurgiens: elle est applicable seulement aux testicules en ectopie inguinale et ne doit pas être tentée chez les enfants, car la migration du testicule peut se faire vers l'âge de 16 ans. C'est donc entre 16 et 20 ans qu'elle doit être pratiquée. S'il existe une hernie concomitante et s'il est possible d'appliquer un bandage réduisant la hernie et maintenant le testicule, l'abstention doit être conseillée. Malheureusement, ces cas ne sont pas fréquents; le plus souvent on ne peut appliquer de bandage, et alors mieux vaut faire à la fois la célorrhaphie et la cure radicale de la hernie que de s'abstenir de toute intervention. Celle-ci est de toute nécessité si l'ectopie est bilatérale.

M. Berger rappelle un travail de Wood dans lequel ce chirurgien attire l'attention sur les difficultés qui résultent parfois de la brièveté du cordon. En ce qui concerne l'évolution du testicule, M. Berger a observé quelquefois que le testicule en ectopie, au lieu de descendre dans les bourses à mesure que le sujet avance en âge, avait au contraire de la tendance à disparaître de plus en plus dans le trajet inguinal. Il n'est pas si difficile qu'on croit de trouver un bandage suffisant pour contenir un testicule ectopié et une hernie concomitante; les cas où cette double contention est possible sont la règle.

M. Reclus a eu deux fois l'occasion de fixer un testicule ectopié au fond des bourses. Dans le premier cas, il mobilisa sans incision, sous chloroforme, et fit la suture au crin de Florence. Pendant une à deux semaines, il y eut des douleurs assez vives qui cessèrent cependant, et le résultat paraissait satisfaisant. Malheureusement, deux mois après, les testicules étaient remontés vers l'anneau inguinal. — Dans le second cas, M. Reclus trouva, au cours d'une cure radicale de hernie, un testicule ectopié et atrophié; la fixation au fond les bourses fut facile et définitive.

M. Quénu a opéré dans une même séance un malade atteint à la fois de hernie, d'ectopie testiculaire et d'hydrocèle; la fixation s'est maintenue. Il ne pratique pas cette dernière en traversant l'albuginée comme M. Tuffier : il utilise les adhérences de la vaginale à l'épididyme.

M. Schwartz a effectué deux fois avec plein succès la fixation du testicule dans les bourses.

M. Jalaguier s'est heurté, dans un cas, à une impossibilité absolue d'obtenir la descente par tractions, en raison de l'existence d'une cloison transversale, que l'on dut perforer pendant l'opération pour permettre au testicule de venir se loger dans le scrotum. Dans un autre cas, l'opération fut facile et suivie de succès.

M. Routier a fait dans une seule séance chez un jeune homme de 27 ans, atteint de hernie congénitale à droite et d'ectopie testiculaire à gauche, la cure radicale de l'une et la fixation de l'autre. L'incision fut conduite jusqu'à la vaginale, qui ne fut pas ouverte. Elle fut fixée au scrotum, après libération du cordon. Résultat imparfait.

M. Terrillon croit qu'il faut être très prudent quand il s'agit d'enfants; il n'a pas encore eu l'occasion de pratiquer l'opération en discussion parce qu'il s'est toujours bien trouvé des bandages et du massage.

M. Trélat a fait trois fois une opération de cure radicale pour hernie compliquée et ectopie testiculaire. Dans deux de ces cas, le testicule fut fixé dans les bourses et le résultat excellent.

Dans le troisième, le testicule se trouvait logé dans un diverticule inguinal de la vaginale et, après la réduction de la hernie, il descendit spontanément au fond du scrotum : on se contenta donc de fermer la vaginale au-dessus de lui sans le fixer aux bourses. Ultérieurement, il y eut tendance à l'ascension vers l'anneau inguinal, et M. Trélat regrette de n'avoir pas opéré la fixation.

M. Lucas-Championnière estime qu'il convient de distinguer les cas, dans lesquels le cordon est fixé par des adhérences, et ceux dans lesquels ces dernières n'existent pas. Dans la seconde alternative, le massage peut suffire et le testicule ne tend pas à remonter; mais c'est dans ces cas surtout que la

migration spontanée s'effectue à une époque plus ou moins tardive. Contrairement à l'opinion de M. Quénu, M. Lucas-Championnière croit que les fils doivent traverser la tunique albuginée pour donner une fixation solide.

6° Suture immédiate de la vessie, par le docteur Pozzi (*Séances des 10 et 17 avril*). — M. Pozzi présente un calcul de 8 centimètres sur 5 qu'il a extrait par la taille hypogastrique de la vessie d'un vieillard de 80 ans. Il fit, à cette occasion, la suture immédiate de la vessie par deux plans de sutures: un premier plan de sutures continues au catgut au voisinage des bords de la vessie sans comprendre la muqueuse; un second plan à points séparés avec des fils de soie; gros drain pré-vésical. Pas de sonde à demeure, mais cathétérisme répété toutes les trois heures. Cette évacuation régulière de la vessie ayant été quelque peu négligée le 7e jour, il se produisit une petite fistulette, qui se ferma d'ailleurs en trois semaines. Guérison complète.

M. Segond rappelle que le premier cas de suture immédiate et complète de la vessie en France appartient à M. J. Lucas-Championnière. Comme le cathétérisme répété n'est pas toujours possible, M. Segond, pour éviter la stagnation d'urine autour de la sonde à demeure, a fait construire des sondes spéciales à orifices multiples.

M. Schwartz a pratiqué également une suture immédiate de la vessie l'an dernier. Il s'agissait d'un homme de 42 ans, qui, en se sondant lui-même avec une sonde en plomb, cassa celle-ci, et en laissa un fragment dans la vessie. Un calcul se forma autour de ce corps étranger, et c'est pour l'extraire que M. Schwartz pratiqua la taille sus-pubienne. Réunion de la plaie vésicale par deux plans de sutures avec la soie phéniquée. Drainage prévésical, sonde à demeure. Guérison parfaite, sauf une petite fistule qui s'oblitéra au bout de peu de temps. M. Schwartz estime que la suture immédiate de la vessie après la taille hypogastrique est tout à fait recommandable dans les cas où la vessie est saine, et où les urines sont peu altérées.

M. Lucas-Championnière est le premier en France qui ait obtenu un succès dans les tentatives de suture immédiate de la vessie après la taille hypogastrique. Son opération date du

29 mai 1888, et elle fut pratiquée sur un homme qui prétendait s'être introduit un morceau de bois dans la vessie. On ne trouva rien, et la vessie était parfaitement saine. M. Championnière ferma la plaie de la vessie par un triple étage de sutures, comme il l'avait fait déjà antérieurement dans deux cas de déchirures vésicales. Pas de sonde à demeure ; le malade fut cathétérisé une seule fois dans la nuit qui suivit l'opération. Le lendemain, l'opéré urinait seul, et il quittait le service au 20e jour, parfaitement guéri.

7° NÉPHRECTOMIE POUR REIN CALCULEUX, par le docteur CH. MONOD *Séance du 8 mai* 1889). — M. Monod présente un rein enlevé par lui chez une femme d'une quarantaine d'années, atteinte depuis l'âge de 12 ans de douleurs dans le flanc droit, qui revenaient par crises et s'accompagnaient parfois d'émissions de graviers. Le rein, qui formait dans ce flanc une tumeur manifeste, a été enlevé sans difficulté ni incident opératoire.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agissait bien de calculs rénaux. Le rein est transformé en une poche polykystique, renfermant de nombreux calculs de diverses dimensions. Le plus volumineux est un calcul ramifié qui occupe le bassinet : il a tout à fait la forme d'une branche de corail étendant ses branches dans les cavités kystiques voisines. Les autres sont disséminés dans la substance rénale ; leur volume varie de la grosseur d'un pépin de pomme à celle d'un grain de raisin. Le rein, distendu par une collection séro-sanguine, ne contenait pas de pus.

8° NÉPHRECTOMIE POUR NÉPHRITE SUPPURÉE ; GUÉRISON, par le docteur POISSON (de Nantes) (*Séance du* 29 *mai* 1889). — M. Terrier fait un rapport sur cette observation dans laquelle il s'agit d'un jeune homme de 18 ans, atteint de blennorrhagie, et auquel on fit la circoncision dans ces conditions : la plaie s'envenime et une lymphangite gangréneuse se déclare sur la verge et les régions avoisinantes. Un peu plus tard, quelques accidents commencent à se manifester du côté du rein, puis survient une seconde blennorrhagie qui les augmente considérablement. État général grave ; accidents fébriles intenses ; sang et pus dans les urines. Une tumeur fluctuante ayant apparu

dans la région rénale gauche, M. Poisson diagnostique une néphrite suppurée et une ponction exploratrice confirme ce diagnostic. A l'aide d'une incision au thermo-cautère, qu'on agrandit ensuite pour atteindre plus facilement le rein, celui-ci est enlevé. La plaie a été soigneusement lavée, drainée et suturée; à l'exception de la cystite qui a persisté quelque temps, il n'y a pas eu de complications, et, deux mois après l'opération, la plaie ne donnait plus que très peu de suppuration.

Au point de vue de la pathogénie de cette suppuration rénale, on peut se demander si c'est la blennorrhagie ou bien le phlegmon gangréneux qui a suivi la circoncision qui doit être mis en cause? M. Terrier incline vers cette dernière hypothèse, en s'appuyant sur le rôle joué par le rein dans l'élimination des microbes pathogènes : cet organe a fort bien pu s'enflammer au contact de ces agents septiques. Peut-être, au point de vue opératoire, faut-il attribuer le petit point de suppuration profonde qui a persisté à ce que l'uretère a été laissé au fond de la plaie: il faut toujours, dans les néphrectomies, l'amener au dehors et le désinfecter aussi soigneusement que possible.

II° Société de médecine pratique.

INCONTINENCE NOCTURNE D'URINE GUÉRIE PAR LES COURANTS INDUITS, par le docteur H. PICARD (*Séance du 23 mai 1889*). — Un enfant de 13 ans, né d'un père bien portant et d'une mère nerveuse, mais lui-même d'une bonne santé, urine au lit depuis sa naissance. Tout a été tenté en vain, même la circoncision.

A partir du mois de janvier 1888, on fait chaque semaine deux applications de courants induits, de deux minutes environ, un pôle dans la région membraneuse de l'urèthre, un autre sur l'hypogastre. Aucune amélioration pendant les six premières semaines; mais, à partir de ce moment, quelques intermittences qui deviennent de plus en plus fréquentes, si bien qu'au mois de mai l'enfant paraît complètement guéri. Et, en effet, jusqu'au mois d'août, l'incontinence ne reparaît pas. A cette époque, départ au bord de la mer; dès la première nuit, réapparition des mictions nocturnes, qui se répètent pendant deux mois. A ce moment, reprise de l'électricité dans les

mêmes conditions qu'auparavant; cessation nouvelle de l'incontinence au bout d'un mois à peu près, et cela dure deux mois. Enfin, en janvier 1889, quelques mictions ayant reparu la nuit, l'électricité est appliquée de nouveau pendant quelques semaines avec le même succès, si bien qu'aujourd'hui l'enfant semble de nouveau guéri depuis plusieurs mois.

III° Société de médecine de Londres.

Cathétérisme périnéal chez les prostatiques, par M. Whitehead (de Manchester) (*Séance du 4 mars* 1889). — Quand le cathétérisme habituel est devenu si pénible qu'une intervention chirurgicale s'impose, M. Whitehead, au lieu du drainage permanent par le périnée ou l'hypogastre, préfère inciser la vessie par la voie périnéale et maintenir l'ouverture béante par l'introduction répétée et régulière d'une sonde par cette plaie toutes les 4 ou 5 heures. S'il existe de la cystite, on lave la vessie par cette sonde périnéale avec des solutions appropriées.

Cette opération a été pratiquée par son promoteur en 1884 sur un malade de 70 ans, qui souffrait depuis dix ans de cystite consécutive à une hypertrophie considérable de la prostate et chez lequel le cathétérisme régulier était à peu près impossible. Actuellement ce malade se sonde par la fistule toutes les quatre heures et n'éprouve aucune gêne. Dans un autre cas, l'opération a amené un soulagement énorme chez un homme qui était tourmenté par des besoins d'uriner très fréquents. Enfin, chez un homme de 22 ans atteint d'abcès péri-prostatique, l'opération a aussi fort bien réussi.

Sir William Mac Cormac rappelle que Mac Guire a proposé une incision sus-pubienne disposée de façon à former valvule : les malades peuvent uriner sans instruments.

M. Buckston Browne préfère l'incision sus-pubienne qui est moins dangereuse : le malade porte un appareil qui lui permet de vider sa vessie à volonté. L'incision périnéale n'est à recommander que dans le cas d'abcès.

M. Pitts est aussi partisan de l'opération sus-pubienne; grâce à laquelle on peut, le cas échéant, enlever le lobe médian de la prostate.

IVe Société royale médicale et chirurgicale de Londres.

1° Néphrectomie par la voie abdominale, par M. Knowley Thornton (*Séance du 26 février* 1889). — L'auteur fait une communication sur 25 cas de néphrectomie qu'il a pratiqués par la voie abdominale : il a eu 20 guérisons et 5 décès, résultat plus favorable que celui fourni par la néphrectomie lombaire. En comparant cette statistique à celle des ovariotomies, qu'il a faites depuis onze ans, M. Thornton arrive à cette conclusion que la mortalité est notablement plus élevée dans l'ovariomie, bien que cette opération soit relativement simple.

Deux des cas malheureux ne peuvent pas être invoqués contre la néphrectomie abdominale, car dans l'un il s'agissait d'une tumeur maligne qui avait pénétré dans la cavité pleurale droite, et dans l'autre le malade a succombé à une hémiplégie plutôt qu'aux suites de l'opération.

L'auteur condamne l'incision préalable (néphrotomie) dans les cas de suppuration du rein.

2° Ectopie pirénéale du testicule, par M. E. Owen. — Chez un enfant de 2 ans et demi l'examen des parties génitales permettait de constater que le testicule gauche se trouvait fixé au périnée à gauche de la ligne médiane. Le côté gauche du scrotum était vide et moins développé que celui du côté droit, M. Owen fit sur la bourse gauche une incision au travers de laquelle il put atteindre le testicule, le libérer des adhérences qui le maintenaient dans sa position anormale, et le faire rentrer sans difficulté dans le sac. Comme, dès qu'on le lâchait, il reprenait sa position dans le périnée, on a alors passé une suture profonde à travers le scrotum, derrière le testicule, et cela a suffi à maintenir l'organe en bonne position.

Ve Société clinique de Londres.

Prostatectomie sus-pubienne, par M. Buckston Browne. — Après avoir rappelé que les troubles causés par l'hypertrophie de la prostate sont dus, non pas à de la cystite comme le prétendent certains auteurs, mais à l'irritation perpétuelle de la

vessie qu'amène la projection du lobe prostatique moyen dans l'intérieur de cet organe, l'auteur rejette toutes les opérations pratiquées sur la prostate, soit par le périnée, soit par l'urèthre. Il conseille la voie sus-pubienne préconisée déjà par Mayo Robson.

M. Browne rapporte l'observation d'un malade atteint de rétention d'urine, due à une hypertrophie de la prostate. Il put ainsi constater que les troubles devaient être rapportés à la prostate hypertrophiée, et non à un calcul comme on aurait pu le penser. Après avoir incisé la capsule qui entoure la prostate, M. Browne enleva avec des pinces et les doigts le lobe moyen proéminent. Il n'y eut point d'hémorrhagie, parce qu'on eut soin de tordre les lobes prostatiques avant de les enlever. Le malade, quoique âgé de 87 ans, supporta très bien l'opération, et les troubles vésicaux disparurent complètement.

M. Christopher Heath rapporte une observation analogue pratiquée par Mayo Robson pour un cancer de la prostate; l'hémorrhagie fut très abondante.

VI° Société de pathologie de Londres.

1° Production de vésicules sur la muqueuse de la vessie et de l'urèthre, par M. Silcock. — A l'autopsie d'un homme, mort à la suite d'une ablation du rein droit, on trouva l'uretère de ce côté obstrué par un calcul. L'urine, qui depuis longtemps contenait du pus, était acide au moment de l'opération.

A la surface de la muqueuse de la vessie et de l'uretère droit, se trouvaient de nombreuses vésicules dont les plus grosses atteignaient le volume d'un petit plomb de chasse. A l'état frais, elles contenaient du liquide séro-sanguinolent et leurs parois étaient formées de cellules épithéliales. Rokitansky a décrit un cas analogue, mais sans se prononcer au sujet de la pathogénie de cette affection; on pourrait invoquer l'irritation produite par une urine anormale, ou peut-être une influence nerveuse.

2° Kystes psorospermiques des uretères, par M. Eve. — M. Eve présente les uretères d'une femme de 56 ans, morte

d'hématuries répétées. La portion supérieure des uretères est couverte d'une foule de kystes miliaires à contenu laiteux. Sur des coupes transversales des uretères, on trouve des kystes nombreux renfermant des psorospermies et un liquide colloïde.

VII° Société obstétricale et gynécologique de Vienne.

Calcul développé dans une fistule vésico-recto-vaginale, par le docteur Zinsmeister. — A la suite d'un accouchement remontant à douze ans, une femme de 47 ans a conservé une fistule vésico-recto-vaginale. Depuis quatre ans, elle souffre en allant à la selle et elle a constaté elle-même la présence d'une pierre faisant saillie dans le vagin déjà étroit et le rectum ; depuis, une grande amélioration survint dans le rejet des matières fécales par le vagin et dans l'incontinence d'urine. Par le vagin, on ne peut pratiquer le toucher, mais on sent la pointe du calcul ; par le rectum, à 4 centimètres et demi de l'anus, on sent, à la paroi antérieure, un corps dur et rugueux, d'un diamètre de 2 centimètres et demi avec une portion plus étroite allant vers le vagin. L'exploration vésicale démontre la présence d'une concrétion mesurant environ 4 centimètres sur 3.

L'opération consiste à briser les trois parties et à les extraire par le rectum : la pierre pesait sèche 22 grammes et était formée de phosphate et de carbonate de chaux.

VIII° Sixième Congrès de la Société italienne de chirurgie,

tenu à Bologne du 16 *au* 18 *avril* 1889.

1o Reconstituion de la vessie, par MM. Tizzoni et Poggi (de Bologne). — La vessie a été complètement enlevée à un chien et reconstituée ensuite aux dépens d'une anse intestinale à laquelle les opérateurs ont greffé les uretères d'une part, et l'urèthre d'autre part. L'animal se porte bien et les fonctions urinaires sont parfaites.

2° Pouvoir absorbant de la vessie, par M. Tricomi (de Rome). — Dans une vessie dont l'épithélium est sain, l'absorption est tout

à fait égale à celle qui s'effectue par la voie hypodermique pour certaines substances (strychnine, acide prussique, chloroforme, hydrogène sulfuré). L'absorption est plus lente pour la cantharidine, le sublimé, l'acide phénique, la morphine et la cocaïne. Il faut 12 à 15 centigrammes de cette dernière substance injectés dans la vessie pour produire le même effet que 3 centigrammes injectés sous la peau. Dans une vessie saine, des injections de liquides putréfiés demeurent sans effet.

Dans la vessie dont l'épithélium est altéré, l'absorption de la première série de substance sus-indiquée est encore la même que par la voie hypodermique. L'absorption des substances de la deuxième série se fait avec un retard sur l'absorption des mêmes substances par la vessie saine. Les injections de microorganismes ont toujours été suivies de résultats positifs d'intoxication, dans une vessie dont l'épithélium était altéré soit mécaniquement, soit chimiquement.

Enfin, dans une vessie en proie à un processus suppuratif, l'absorption des substances gazeuses s'opère aussi rapidement que par la voie hypodermique: celle des bacilles est également très prompte.

IX° Troisième assemblée générale des médecins suisses,

tenue à Berne le 25 *mai* 1889.

Néphrectomie pour rein tuberculeux, par le docteur Dick (de Berne). — Le rein tuberculeux et rempli de masses caséeuses, que présente M. Dick, a été enlevé dernièrement par lui à l'aide d'une incision lombaire sur une femme enceinte de trois mois et qui est aujourd'hui complètement rétablie. Les urines, très purulentes avant l'opération, sont redevenues claires et limpides.

La plaie a été pansée au sublimé et il n'y a eu aucun symptôme d'intoxication, malgré l'opinion de Sänger, qui rejette l'emploi du sublimé dans la laparotomie et surtout dans la néphrectomie. Il suffit donc d'être prudent dans l'usage de cet antiseptique par excellence.

L'urine de cette opérée renfermait un grand nombre de bacilles de la tuberculose, que l'on pourrait parfois confondre

chez l'homme avec ceux du smegma préputial. C'est pourquoi Neumann recommande avec raison de rechercher chez l'homme le bacille tuberculeux dans l'urine obtenue au moyen du cathétérisme.

M. Girard (de Berne) préfère au sublimé, comme antiseptique, des solutions de bi-iodure de mercure au 2000e, 3000e et même 4000e, qui, suivant lui, jouissent de propriétés microbicides très énergiques, sans présenter aucun danger d'intoxication mercurielle.

Dr Robert Jamin.

REVUE D'UROLOGIE

I. Dosage de l'acétone dans l'urine, par M. Nencki. — L'auteur a modifié, comme suit, la méthode optique de von Jaksch:

Dans un verre de 5 à 6 centimètres de large, on verse 2 cc. d'une solution d'iode, au dixième, dans l'iodure de potassium et 3 cc. de solution de soude de concentration moyenne. Le verre est placé sur une feuille de papier blanc. Sur ce papier, on a tracé à l'encre des bandes de 2 millimètres de hauteur, disposées en quadrillé et éloignées de 4 millimètres les unes des autres. Au moyen d'une burette, on ajoute une solution aqueuse d'acétone (0gr,25 par litre), jusqu'à ce que le quadrillé noir ne puisse plus être distingué par l'œil regardant au-dessus, ce qui résulte de la formation d'un précipité d'iodoforme. La réaction finale est très marquée. Une goutte de solution d'acétone en excès (deux gouttes au plus) et le quadrillé n'est plus perceptible.

Supposons qu'il ait fallu 18cc,5 de solution d'acétone pour arriver à ce résultat, ce volume renferme 0gr,004625 d'acétone pure, c'est-à-dire la proportion convenable pour former, avec le poids d'iode ci-dessus, la quantité d'iodoforme nécessaire à l'invisibilité du quadrillé.

Pour doser l'acétone dans l'urine, cette dernière doit être distillée préalablement. A cet effet, on ajoute 3 cc. d'acide chlorhydrique à 100 cc. d'urine, dans un ballon disposé à cet effet, on distille 90 cc. et on complète, avec q. s. d'eau, le volume primitif, 100 cc.

Après titrage de la solution iodo-iodurée et alcalinisée avec la solution d'acétone, on verse dans le même verre d'essai, soigneusement lavé et séché, le même volume de solution iodo-iodurée et alcaline. Le verre est placé sur le papier quadrillé, et, au moyen de la burette, on fait écouler l'urine distillée.

Supposons, par exemple, que 5 cc. d'urine acétonique aient été nécessaires pour arriver au résultat optique connu, le calcul de l'acétone sera très simple :

Dans le premier titrage, on a trouvé qu'il fallait $0^{gr},004625$ d'acétone ($18^{cc},5$ de solution aqueuse) et dans le second 5 cc. on en conclut donc que ces 5 cc. contiennent la même quantité d'acétone que celle renfermée dans les $18^{cc},5$ de solution aqueuse, c'est-à-dire $0^{gr},004625$. La proportion suivante :

$$\frac{0,004625}{5} = \frac{100}{x}$$ donnera le résultat cherché.

Dans chaque recherche, on devra employer le même verre d'essai, le même quadrillé et les mêmes réactifs que pour le titrage avec la solution artificielle d'acétone.

L'urine renfermant plus de 0, 10 p. 100 d'acétone, devra être étendue de manière que le volume à employer soit de 10 à 15 cc. (*Berliner Klinische Wochenschrift,* 1888, 25, 1007; *Pharm. Centralhalle,* 1889, n° 11 et *Journ. der Pharm. von Elsass-Lothringen,* XVI, mai 1889, 142).

II. Sur la recherche du sucre par la phénylhydrazine. — La recherche du sucre, par la phénylhydrazine, est un peu compliquée, mais elle donne des résultats certains lorsqu'elle est mise en œuvre avec précision. M. B. Studer, pharmacien à Berne, a étudié cette réaction, et il opère de la manière suivante :

Phénylhydrazine	2 grammes
Acétate de soude	1 gr. 50
Eau distillée	20 cc.
Urine	50 cc

On chauffe dans un tube d'essai la phénylhydrazine, l'acétate

de soude et l'eau, et on ajoute l'urine. On maintient ce tube, pendant 15 à 20 minutes dans l'eau bouillante, puis on le refroidit subitement. Après complet refroidissement, on jette le mélange sur un petit filtre. Le précipité obtenu est examiné au microscope. Si l'urine renferme du sucre, on constate, à l'aide d'un grossissement moyen, la présence de touffes très caractéristiques d'aiguilles cristallines et de cristaux isolés. Comme cette recherche demande un certain temps, on ne l'emploie que comme expérience de confirmation. La présence des touffes cristallines est caractéristique de celle du sucre.

En même temps, M. Studer met en garde les observateurs au sujet de l'emploi de la solution alcaline de bismuth qui a été très recommandée comme réactif infaillible. D'après lui, il est peu d'urines qui, chauffées longtemps avec ce réactif, ne prennent une coloration noirâtre. Il cite un cas de sa pratique, dans lequel une urine (de densité = 1013) donnait une réaction affirmative quant à la présence du sucre, pendant que la recherche par la phénylhydrazine n'en indiquait aucune trace (*Schweiz. Wochenschrift für Pharm.* XXVII, 1889, 145).

III. Sur les combinaisons sulfurées de l'urine (cystine). — La méthode, employée par E. Goldmann et E. Baumann pour doser le soufre contenu dans l'urine à l'état de cystine, repose sur la transformation de cette dernière en benzoïlcystine. On traite l'urine par le chlorure de benzoïle et par la lessive de soude : on agite jusqu'à ce que l'odeur du premier ait disparu : on acidule par l'acide sulfurique et on agite avec de l'éther renfermant de l'alcool. On évapore pour éliminer les dissolvants : on chauffe le résidu au bain-marie pendant quelques heures avec de la lessive de soude et de l'acétate de plomb. Il se forme du sulfure de plomb ; le poids de ce dernier donnera la contenance en soufre de la benzoïlcystine ($C^6H^{10}Az^2S^2O^4[C^7H^5O^2]$) et par suite le soufre de la cystine. D'après des expériences de contrôle, 10 milligrammes de cystine donnent 6^{mill}, 55 de sulfure de plomb. Cette méthode de dosage serait à préférer à celle de Stadthagen (traitement à chaud par l'oxyde de plomb et la lessive de soude) qui donne des résultats plus faibles (en moyenne 3 milligrammes de soufre cystinique par litre), parce que l'on n'obtient pas tout le soufre de la cystine (*Zeitschrift für physiol.*

Chemie, XII, 254 et *Journ. der Pharm. von Elsass-Lothringen* XVI, avril 1889, 107).

IV. Dosage des chlorures, sulfates et phosphates dans les urines fortement colorées. — Dans les urines fortement colorées par les pigments biliaires, etc., le dosage des chlorures, des sulfates et des phosphates, devient fort difficile, parfois impossible.

On peut procéder de la manière suivante : on acidifie l'urine fraîche par l'acide nitrique ou chlorhydrique (2 gouttes d'acide pour 1 cc. d'urine), puis on ajoute à chaque centimètre cube d'urine acidifiée 2 gouttes d'une solution de permanganate de potasse à 4 p. 100. La décoloration est complète au bout de 3 à 4 minutes, elle est plus rapide à l'ébullition. Après filtration, l'urine est claire et limpide.

Pour doser les chlorures, l'urine ayant été acidifiée par l'acide nitrique, il faut, avant d'ajouter le chromate neutre de potasse,la diluer un peu, ou la neutraliser incomplètement par l'addition de quelques gouttes d'ammoniaque. (*Le carbonate de chaux que l'on ajoute ordinairement, peut remplir le même office.*)

Pour doser les sulfates, l'urine ayant été acidifiée par l'acide chlorhydrique, on peut la traiter directement par le chlorure de barium.

Pour les phosphates, l'urine ayant été acidifiée par l'acide nitrique, on se sert de la réaction du molybdate d'ammoniaque : 10 cc. de solution du molybdate d'ammoniaque sont portés à une température d'environ 40°, on y ajoute 2 à 3 cc. de l'urine décolorée, il se forme un précipité jaune de phosphomolybdate d'ammoniaque renfermant tout l'acide phosphorique contenu dans l'urine. Si l'on préfère employer la réaction de l'acétate d'urane, l'urine, qui a été acidifiée par l'acide azotique, est neutralisée ensuite par l'ammoniaque et l'on procède alors comme avec l'urine ordinaire. La neutralisation est indiquée facilement quand il se produit un dépôt permanent dans l'urine ; ce dépôt se dissout dans l'acide acétique employée pour faire le titrage par la méthode de l'urane (*Journ. Pharm. Alsace-Lorraine,* mai 1889, 139).

V. Peptonurie des femmes enceintes, par M. Kœttnitz. — La vitalité du fœtus pendant la grossesse est souvent difficile à dia-

gnostiquer. Les observations faites par Kœttnitz l'ont conduit à montrer que la peptonurie est un signe de mort qui trompe rarement. C'est ainsi qu'une femme craignait l'avortement à la suite d'hémorrhagies abondantes. L'analyse des urines démontra constamment l'absence des peptones, et l'auteur put affirmer la vitalité du fœtus. En effet, deux fœtus furent expulsés vivants, mais prématurément, dans le cours du sixième mois, et non viables.

On reconnaît la présence des peptones dans l'urine aux réactions suivantes : à l'urine filtrée, on ajoute de l'acide acétique et de l'acide phosphotungstique. Le précipité qui se forme est lavé à l'acide sulfurique étendu, puis on ajoute du carbonate de baryte et on chauffe. En ajoutant la lessive de soude et du sulfate de cuivre, on a une magnifique coloration violette (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1888, n° 30).

VI. Sur la cystinurie, par M. Brieger. — L'étiologie de la cystinurie était jusqu'ici presque inconnue. C'est Baumann qui a démontré que la cystine était un produit normal de l'assimilation et de la désassimilation, mais qu'elle ne se rencontre dans l'urine que dans certaines conditions. En examinant l'urine de malades atteints de cystinurie, Baumann constata que, de temps en temps, l'urine contenait aussi des ptomaïnes telles que la cadavérine, la putrescine et une troisième substance, isomérique avec la cadavérine. Comme, d'après les recherches de Brieger, les ptomaïnes ne se forment que par l'action de certaines bactéries spécifiques, il faudra peut-être classer la cystinurie parmi les maladies infectieuses. L'auteur vient de faire, avec Stadthagen, des observations sur la cystinurie. Une malade, âgée de 40 ans, était atteinte, depuis sa quatorzième année, de coliques rénales ; un jour, elle rendit un calcul qui fut reconnu comme un calcul cystinique. L'urine était fortement alcaline et contenait de la pentaméthylènediamine.

Cette même diamine fut constatée dans l'urine d'un second malade atteint de la même affection que la première. Malheureusement, les deux observateurs n'ont pas pu constater si, chez ces deux malades, la présence de la diamine était intermittente, comme chez les malades de Baumann, où il s'agissait d'une excrétion continue.

Dans l'urine de certains sujets porteurs de calculs cystiniques, Brieger n'a jamais trouvé les diamines, et les calculs cystiniques examinés contenaient toujours des ptomaïnes (*Société de médecine berlinoise*, 10 avril 1889 et *Semaine médicale*, 17 avril 1889, 127).

VII. ÉLIMINATION DES BACILLES PAR L'URINE, par M. SCHWEIZER. — L'auteur dit que si les globules blancs s'emparent des bacilles pour les digérer, les dissoudre, ces micro-organismes peuvent encore être éliminés d'une autre manière par la sécrétion urinaire. On sait déjà que l'urine des animaux morts charbonneux est souvent virulente. D'un autre côté, on sait également que certaines substances colorantes sont rapidement éliminées par les voies urinaires.

Bien qu'on puisse reconnaître la présence des bacilles dans l'urine par le coloration et l'examen microscopique, Schweizer dit qu'il est préférable de recourir à la culture.

Après une série d'expériences, il formule les conclusions suivantes :

1° Les reins laissent passer les bacilles;

2° Les bacilles ne passent pas comme s'ils avaient le passage libre; ils doivent au contraire aller lentement;

3° Au début de la maladie, les bacilles sont à l'état isolé dans l'urine, mais plus tard ils y sont très nombreux.

Partant de ce principe que dans la plupart des maladies contagieuses l'urine contient des germes morbides, on doit chercher à activer leur élimination par l'emploi des diurétiques. D'abord chercher à débarrasser rapidement le corps des poisons chimiques produits par les bactéries; empêcher par tous les moyens possibles l'accroissement de ces micro-organismes et enfin provoquer la diurèse pour faciliter leur élimination (*Virchow's Archiv.* Band 110, 2; *Der Thierarzt* 1888, 7 et *Journ. conn. méd.*, 1889, 101).

M. BOYMOND.

BIBLIOGRAPHIE

AFFECTIONS CHIRURGICALES DES REINS, DES URETÈRES ET DES CAPSULES SURRÉNALES.

par le docteur Le Dentu,
professeur agrégé à la Faculté de médecine.
1 vol. 828 pages avec 31 fig. — G. Masson. Paris, 1889.

Il y a quelques années, le rein paraissait inaccessible à la chirurgie. cette partie du corps était regardée comme du domaine de la médecine. Depuis dix ans, les rôles sont intervertis et, sans cependant annihiler le traitement médical dans les affections rénales, il est juste de reconnaître que beaucoup de ces affections dépendent actuellement d'un traitement chirurgical.

Les meilleurs ouvrages sur les maladies des reins sont dus à la plume de médecins : M. le Dentu n'a pas cru devoir, quand même, se borner, dans cet ouvrage, à un traité de médecine opératoire. Pensant qu'un chirurgien ne doit pas toujours voir les choses au même point de vue qu'un médecin. l'éminent professeur a jugé nécessaire de soumettre toutes ces questions. déjà plus d'une fois traitées et bien traitées, à une refonte générale d'une nature spéciale.

Comme l'indique le titre du volume, trois affections principales forment les trois grandes divisions : affections des reins, affections des uretères, affections des capsules surrénales: inutile d'ajouter que les premières prennent les sept huitièmes des pages.

La compétence de l'auteur dans le traitement chirurgical des affections rénales m'engage à insister sur ses opinions personnelles concernant chaque opération spéciale.

La lithiase rénale a été étudiée par M. Le Dentu d'une façon très large et très développée. Comme traitement, il s'est appliqué à démontrer les quatre points suivants : 1° la possibilité du déplacement, du désenclavement des petites concrétions contenues dans le parenchyme rénal ; 2° l'efficacité du débridement de la capsule propre du rein, lorsqu'il y a doute dans le diagnostic ou que la néphrectomie est contre-indiquée; 3° la possibilité de l'extraction des calculs, sans extirpation de l'organe ; 4° la supériorité de la néphrectomie sur la néphrotomie, dans certaines circonstances anatomo-pathologiques (rein converti en kystes fibreux, adhérences des calculs, concrétions disséminées dans toute l'étendue du rein).

Dans les cas où le rein est suppuré ou a des dimensions anormales, notre confrère pense, à l'exemple de M. le professeur Guyon, que la néphrotomie vaut mieux, en général, que la néphrectomie et qu'il est préférable de pratiquer une extirpation secondaire après la formation d'une fistule, qu'une extirpation primitive. Deux raisons majeures plaident en faveur de la néphrotomie : sa plus grande facilité et sa moins grande gravité. Comme exception, le rein transformé en poche purulente, le manque d'adhérences peuvent engager à faire de suite la néphrectomie ; cependant il vaut souvent mieux attendre.

Le traitement par excellence de la pyonéphrose est, pour l'auteur, l'incision du rein. Le diagnostic est d'abord fixé par une ponction aspiratrice,

ponction qui ne doit pas être employée comme traitement, mais comme méthode palliative.

En ce qui concerne les fistules rénales. M. Le Dentu les divise en fistules rénales et en fistules provenant d'un foyer péri-néphrétique, division que l'on peut considérer comme classique. Les premières se subdivisent en fistules réno-intestinales, réno-péritonéales et réno-pulmonaires. Comme traitement, les méthodes opératoires susceptibles de procurer la guérison sont : le débridement et la néphrectomie. M. Guyon a conseillé l'incision du trajet fistuleux intra-rénal et la suture des parois avivées en plein parenchyme. M. Le Dentu pense que ce procédé ne peut être suivi que si l'uretère est bien libre. Le débridement n'est utile que si le fond de la section peut être bien nivelé, que si les éperons du tissu sclérosé sont bien tous incisés. La néphrectomie reste comme dernière ressource, mais à condition que les adhérences, s'il y en a, ne soient pas devenues tellement intimes, tellement fermes, qu'il soit impossible de les rompre.

Lorsque, ces moyens étant impossibles, on ne peut avoir recours à la néphrectomie sous-capsulaire, notre confrère conseille la trépanation de l'os iliaque, dans un point correspondant à la partie la plus déclive du foyer, dans le but d'assurer l'écoulement continu du pus pendant la station.

L'hydronéphrose n'est pas toujours due à la présence d'un corps étranger dans l'uretère : elle peut être la conséquence d'une coudure, d'un plissement, d'un rétrécissement acquis ou congénital, et à plus forte raison d'une malformation de ce conduit. La majorité des chirurgiens conseille le traitement suivant : drainage avant tout; extirpation du rein plus tard, s'il y a lieu; la ponction ne peut être qu'exploratrice ou palliative.

Le chapitre consacré au rein mobile traite l'état actuel de la question avec un grand luxe de développements : l'auteur discute les différents traitements préconisés contre cette affection d'une façon complète et très serrée.

Mais les deux parties capitales de l'ouvrage sont l'étude raisonnée de l'exploration rénale et la description des opérations qui se pratiquent sur les reins.

M. Le Dentu écrit, à la page 619, à propos de l'historique de la néphrotomie : « Le lecteur, désireux de connaître à fond cette question, trouvera dans le mémoire de Hévin les renseignements les plus étendus, présentés avec un luxe de détails et de discussion qui lui donnera pleine satisfaction... ce sera pour lui un véritable régal littéraire. » Ces quelques lignes peuvent parfaitement s'appliquer à l'ouvrage de notre confrère. Les chirurgiens y trouveront en outre, d'une façon très complète, l'état actuel de cette nouvelle branche de la médecine opératoire.

D[r] Delefosse.

URINES, DÉPOTS, SÉDIMENTS, CALCULS

Application de l'analyse urologique à la séméiologie médicale,

par E. Gautrelet,

pharmacien de première classe.

Avec préface de M. le docteur Lecorché, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, Paris, 1889, J.-B. Baillière, In-18, 152 pages, figures et graphiques, prix : 6 fr.

Cet ouvrage n'est pas un manuel d'analyse dans le sens propre du mot. Il s'adresse surtout aux médecins en raison des méthodes de graphologie et de séméiologie, développés à un point de vue spécial.

L'anatomie et la physiologie urinaires, l'étude de l'urine normale et anormale, la séméiologie urologique, les diathèses par hypoacidité et par hyper-

acidité, les maladies chroniques et aiguës sont passées en revue, avec des considérations particulières sur chaque sujet.

M. Gautrelet donne la description de son *uro-azotimètre*, qui, d'après lui, permettrait le dosage différentiel de l'urée, de l'acide urique et de la créatinine.

Nous dirons de cet ouvrage ce qu'en dit lui-même l'éminent préfacier, c'est-à-dire qu'on ne peut souscrire à toutes les conclusions de l'auteur. Néanmoins, cet essai, rempli d'aperçus originaux et hardis, est de ceux qui sont à consulter en vue des progrès de la question.

M. Boymond.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1888

Sur la fonction rénale :

Recherches expérimentales à propos de l'influence de la pression sanguine sur la sécrétion urinaire, par I. Munck et Senator. (*Arch. f. pathol. Anat. u. physiol.* Band CXIV. Heft 1.) — *Contribution à l'anatomie pathologique de la maladie d'Addison*, par Von Kahlden (*id.*) — *Un nouveau cas de glande surrénale accessoire dans le rein*, par C. Moglia (*Bollettino delle scienze med. di Bologna*, t. XXI.) — *Sur l'étiologie de la maladie de Bright aiguë*, par Wannabero. (*Wien. med. Blätter*, n° 32.) — *Des tumeurs malignes du rein*, par Guillet. (*Thèse de Paris*, janv.) — *Du gros rein polykystique de l'adulte*, par Lejars. (*Thèse de Paris*, mars.) — *Des plaies du rein par coup de feu*, par Milton. (*Thèse de Paris*, janv.) — *Considérations pratiques sur les affections chirurgicales du rein et la néphrectomie*, par Thiriar. (*Revue de chirurgie* n° 1 et 2.) — *Deux cas de néphrectomie*, par J. Reverdin. (*Revue méd. Suisse romande*, VIII, 437, juillet.) — *Nephro-lithotomy*, par Mac Cosh (*N.-Y. med. Journal*, p. 406, 14 avril.) *Néphrectomie pour tumeurs*, par Beavec. (*N.-Y. med. Record*, p. 676, juin.) — *Sur un cas de fistule vésico-utéro-vaginale suivie de la mortification d'une portion de l'uretère gauche : opération, guérison*, par Hergott. (*Bull. de l'Ac. de méd.* 22 mai.) — *Des ruptures de la vessie et de leur traitement*, par Blum. (*Arch. de méd.* juillet.) — *Rupture intra-péritonéale de la vessie.* (*N.-Y. med. Record*, p. 622, juin.) — *Sur un cas d'exstrophie de la vessie opérée avec succès*, par Le Fort. (*Bull. de l'Ac. de méd.* n° 30, 24 juillet.) — *Connexion de la masturbation et du rétrécissement uréthral*, par Samuel Gross. (*Med. News*, 29 sept.) — *Le traitement du rétrécissement uréthral par l'électrolyse*, par Burchard (*N.-Y. med. Record*. p. 655, juin.) — *Des tumeurs malignes de la prostate*, par Engelbach. (*Thèse de Paris*, janv.) — *Traitement des tumeurs de la prostate par l'électrolyse*, par Casper. (*Ber. Klin. Woch.* nos 23, 24, mai, juin.) — *L'électrolyse de la prostate*, par Roux (*Revue méd. Suisse romande*, VIII, mai.)

Génitaux (Org.). — *Maladies chirurgicales des organes génito-urinaires*, par E.-L. Keys. (In-8°, 704 p., *New-York*.) — *Comparaison entre les affections des organes génitaux de l'homme et de la femme*, par Terrillon. (*Progrès médical*, 30 juin.) — *Sur l'anatomie du pénis*, par von Dũring. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, VII, n° 22.) — *Quelques cas de rupture du prépuce dans le coït*, par Thomalla. (*Cent. f. Chir.*, n° 45.) — *Epithélioma du pénis*, par Clark. (*Glasgow med. chir. Soc.*, 6 avril.) — *De la circoncision, étude critique du procédé traditionnel israélite et manuel opératoire*, par Alexis. (In-8°, Paris.) — *Extirpation totale du pénis*, par Paquier. (*Thèse*

Montpellier, n° 90.) — *Amputation totale de la verge avec extirpation des ganglions inguinaux pour cancer; absence de récidive 2 ans après l'opération*, par WIESMANN. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 9, p. 288, 1er mai.) — *Des ulcérations chroniques de la vulve*, par LANDAU. (*Arch. für Gyn.*, XXXIII, 1.) — *Des tumeurs mélaniques des organes génitaux de la femme*, par HŒCKEL. (*Ibid.*, XXXII, 3.) — *Vices de conformation des organes génitaux de la femme*, par KIDERLEN. (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, XV, 1.) — *Un cas de blessure des organes génitaux externes chez une petite fille*, par NORDMANN. (*Centr. für Gyn.*, 17 novembre.) — *Du kraurosis vulvaire*, par JANOVSKY. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, VII, n° 19.) — *De l'épithélioma vulvaire*, par MAUREL. (*Thèse de Paris*, 19 juillet.) — *Des tumeurs liquides des grandes lèvres*, par DUBAR. (*Thèse de Lille*, 9 janv.) — *Un cas d'hydrocèle enkystée chez la femme*, par HINTERSTEISSER. (*Wiener klin. Woch.*, n° 12.) — *Structure des organes génitaux d'un chien hypospade*, par RETTERER et ROGER. (*Soc. biologie*, 23 juin.)

Prostate. — *Anatomie pathologique de l'hypertrophie sénile de la prostate et applications au cathétérisme*, par SCHLANGE. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 572, 9 juillet.) — *De l'hypertrophie prostatique*, par MARTIN. (*Thèse Montpellier*, n° 78.) — *Chirurgie de l'hypertrophie prostatique*, par BELFIELD. (*N. York med. Record*, mars, p. 273.) — *Ischurie permanente par hypertrophie prostatique, cautérisation galvanique, guérison*, par TANSINI. (*Gaz. med. Ital. Lomb.*, n° 23.) — *De l'innocuité du cathétérisme antiseptique chez les prostatiques*, par LAVAUX. (*Progrès médical*, 9 juin.) — *Etiologie et pathogénie de la sclérose vésico-prostatique*, par DESNOS. (*Gaz. méd. de Paris*, 25 août.) — *Formation d'un urèthre artificiel dans les cas d'occlusion prostatique*, par MAC GUIRE. (*Americ. surg. Assoc.*, 19 sept.) — *De la taille hypogastrique appliquée aux ruptures de la prostate*, par MONTAZ. (*Revue de chirurgie*, n° 7, p. 587.) — *De la galvanopuncture de la prostate*, par BIEDERT. (*Deutsche med. Woch.*, n° 21, p. 412.)

Rein. — *Capsules rénales accessoires*, par IVAN MICHAEL. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLIII, p. 120.) — *Variété des lésions rénales dans une même maladie expérimentale*, par CHARRIN. (*Soc. biol.*, 2 juin.) — *Nouvelles recherches sur la pathogénie de la glomérulo-néphrite*, par OBRZUT. (*Rev. de méd.*, sept.) — *Recherches expérimentales sur la pathogénie des néphrites, par auto-intoxication*, par GAUCHER. (*Rev. de méd.*, nov.) — *Atrophie du rein*, par JANOT et FRANTOIS. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er août.) — *Polyurie simple*, par GRANCHER. (*Gaz. méd. de Paris.*, 9 juin.) — *Lithiase rénale*, par LANCEREAUX. (*Union médicale*, 5 juin.) — *Anurie par obstruction pendant cinq jours. Diurèse abondante. Guérison*, par COUNSELL. (*Lancet*, 19 mai.) — *Sur un cas de rein atrophique*, par PERRÉ. (*Loire méd.*, 15 août.) — *Atrophie primitive des reins et cirrhose atrophique du foie*, par CIMBALI. (*Sperimentale*, mars.) — *Anurie complète (8 jours), guérison*, par OSTRANDER. (*New-York med. Rec.*, 26 nov., 1887.) — *Uretérite, diagnostic et symptomatologie*, par KELLY. (*Amer. Gyn. Soc.*, 18 sept.) — *Néphrite albumineuse dans le cours d'un ictère catarrhal*, par LAURENT. (*Gaz. méd. de Paris*, 19 mai.) — *Maladie de Bright, d'origine infectieuse*, par FERNET. (*Soc. méd. des hôpit.*, 27 juillet.) — *Epistaxis graves comme première manifestation d'une néphrite interstitielle*, par GAUCHER. (*Soc. méd. des hôpit.*, 22 juin.) — *Maladie chronique de Bright, sans albuminurie*, par SELLEY. (*New-York med. Record.*, mars, p. 253.) — *Rapports des maladies du rein avec les maladies du cœur*, par DA COSTA. (*New-York med. Record.*, mai, 485.) — *Un cas d'auto-intoxication par l'acétone*, par JUFFINGER. *Wiener klin. Woch.*, n° 17.) — *Valeur absolue et relative de la présence de l'albumine dans le diagnostic et le pronostic des maladies du rein*, par EDES. (*Assoc. of Americ. Phys.*, 18 sept.) — *Les modifications cardiaques dans la maladie chronique de Bright*, par LOOMIS. (*Assoc. of Amer. Phys.*, 18 sept.) — *Des rapports entre la néphrite chronique interstitielle et l'angine de poitrine*, par CHEW. (*Assoc. of Americ. Phys.*, 18 sept.) — *Néphrite congestive aiguë*, par DOYON. (*Lyon, méd.*, 4 nov., p. 352.) — *Quelques points du traitement du mal de Bright*, par CH. WOOD. (*New.-York med. Record.*, p. 320, mars.) — *Diagnostic des tumeurs des reins*, par STILLER. (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 33.) — *Le rein mobile chez la femme*, par H. LIN-

DNER. (*Berlin.*) — *Du traitement des reins mobiles ou flottants, par la néphrorraphie*, par DURET. (*Journ. sc. méd., Lille*, 27 juil.) — *Hydronéphrose, néphrectomie. Guérison*, par BISHOP. (*Lancet*, 5 mai.) — *Traitement chirurgical des calculs du rein*, par H. MORRIS. (*Lancet*, 16 juin.) — *Grand kyste du rein, laparotomie, guérison*, par VAN DER VEER. (*New-York med. Journ.*, 28 janvier.) — *Rein kystique énorme, néphrectomie, mort*, par BELLAMY. (*Brit. med. Journ.*, 10 nov.) — *Néphrectomie pour hydronéphrose d'un rein ectopié*, par GALLOZZI. (*Iucurabili*, n° 17.) — *Un cas d'extirpation du rein*, par L. H. DUNNING. (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 19 nov. 1887, p. 651. — *Néphrolithotomie*, par MAC COSH. (*New-York med. Record.*, avril, p. 470. — *Trois cas de néphrotomie*, par MILLER. (*Edinb. med. Journ.*, juin.) — *Deux cas d'extirpation du rein*, par BANTOCK. (*Brit. gyn. Soc.*, 24 oct.) — *Tuberculose primitive du rein*, par LOOMIS. (*New-York med. Record.*, p. 77, janv.) — *Extirpation d'un rein tuberculeux*, par KUESTER. (*Berlin. klin. Woch.*, 2 avril.) — *Cancer du rein, oblitération de la veine cave inférieure*, par LÉPINE. (*Lyon méd.* p. 434, 22 juillet.) — *Cancer du rein, ablation, guérison*, par ISRAEL (XVIIe *Congr. chirurg. allem. Cent. f. Chir.*, n° 24.) — *Néphrectomie : 1° pour plaie du rein par arme à feu*; *2° pour tuberculose rénale*, par VILLARD. (*Americ. surg. Assoc.*, 20 sept.) — *Traumatismes du rein, de la contusion rénale*, par TUFFIER. (*Arch. génér. de méd.*, nov.) — *Rupture du foie et du rein droit ; absence de lésion ; absence de lésions pariétales; mort par hémorrhagie*, par DAGRON. *Bull. Soc. anat.*, p. 688.)

OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DU JOURNAL

Vichy. indications, contre-indications, par M. le Dr FRÉMONT. Paris, STEINHEIL, 1889.

Des lithrotriteurs et de leurs usages, par M. le Dr H. PICARD. *Progrès médical*, avril 1889.

Fibromes utérins, leur traitement par l'électrolyse, par M. le Dr LA TORRE. Paris, O. DOIN, 1889.

Du traitement des fibromes utérins, par M. le Dr DELÉTANG. Paris. O. DOIN, 1889.

Mémoire sur les eaux de Dax, présenté par le corps médical de Dax. Dax, LABÈGUE, 1889.

Annales de la policlinique de Bordeaux, n° 1. Paris, Bordeaux, STEINHEIL 1889.

Mode d'emploi des eaux minérales, dans le traitement du rhumatisme chronique, par M. le Dr DUHOURCAU. Toulouse, PRIVAT, 1889.

Affections chirurgicales des reins, des uretères des capsules surrénales, par M. le Dr LE DENTU, avec 34 figures. Paris, G. MASSON, 1889.

Le Rédacteur en Chef, Gérant : Dr DELEFOSSE.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21522.

ANNALES DES MALADIES

DES

ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Août 1889.

MÉMOIRES ORIGINAUX

Hôpital Necker. — M. le professeur Guyon.

Néoplasmes de la vessie, diagnostic et indications opératoires

Ce ne sont que de courtes considérations sur ces deux points de l'histoire des néoplasmes de la vessie que je veux vous présenter aujourd'hui. Plus d'une fois nous nous sommes entretenus de ce sujet ; mais il est encore trop nouveau pour être épuisé, il est trop important pour ne pas rappeler l'attention. Aussi, dois-je ne pas laisser perdre l'occasion que nous offre la présence simultanée de quatre cas de ce genre dans nos salles et l'observation d'un jeune homme opéré hors de l'hôpital ces temps derniers en présence et avec l'aide de mes internes.

Trois de ces malades m'ont paru opérables et deux se

sont soumis à l'ablation de leur tumeur qui a été faite avec succès ; le troisième a préféré ne pas accepter l'intervention ; aux deux autres j'ai au contraire conseillé de ne pas se faire traiter chirurgicalement. Il est tout naturel que je vienne devant vous justifier ma conduite, c'est le devoir de tout homme qui a l'honneur d'enseigner.

Aussi bien pour conseiller l'action que pour préférer l'abstention il a fallu poser avec précision le diagnostic. L'étude clinique capable d'y conduire est à la fois notre guide et le frein salutaire qui nous empêche d'employer mal à propos les ressources si précieuses de la chirurgie. J'ai depuis quelques années cherché avec persévérance à en établir les règles. Je suis d'abord obligé de les rappeler en les résumant.

L'analyse des symptômes fonctionnels nous a montré que l'hématurie pouvait à elle seule permettre d'affirmer que l'appareil urinaire était le siège d'un néoplasme et souvent même d'affirmer son origine vésicale. Pour être démonstrative de la présence d'un néoplasme, l'hématurie doit être spontanée, fréquente ou durable, ne s'accompagner d'aucune autre manifestation. Lorsqu'elle revêt ces caractères on peut être sûr de sa signification, lui accorder une valeur pathognomonique. Il dépend donc absolument de la manière dont vous ferez votre enquête clinique que l'hématurie bien étudiée vous amène à la certitude d'une lésion organique de l'appareil urinaire.

En la poursuivant vous aurez pu recueillir d'autres renseignements relatifs non plus aux conditions dans lesquelles se produit et évolue le pissement de sang, mais sur la manière dont s'effectue la miction. Selon que l'urine est teintée par le sang d'une façon uniforme ou que la coloration qu'il lui imprime se montre particulièrement au commencement ou à la fin de la miction, vous êtes déjà en mesure de localiser à la vessie la lésion que l'hématurie vous a révélée. Et si ce phénomène ne se produit pas spontanément, il vous est loisible de le provoquer. En vidant la

vessie à l'aide d'une sonde molle, vous la voyez saigner directement sous vos yeux. Vous constatez la rutilance des dernières parties de l'urine et si vous laissez quelque peu séjourner l'instrument vous pouvez même voir couler goutte à goutte du sang pur. Faite très aseptiquement, cette exploration n'a aucun inconvénient. L'injection de solutions boriquées tièdes est d'ailleurs souvent nécessaire pour obtenir, à la suite d'un lavage qui a complètement nettoyé la cavité vésicale, la sortie d'un liquide qui se teinte à la fin de l'expulsion.

Ainsi donc, étude méthodique des troubles fonctionnels et tout particulièrement du symptôme hématurie : telle est la première règle à laquelle vous avez à vous conformer.

Comment allez-vous acquérir la preuve absolue de la présence d'un néoplasme qu'il vous est déjà permis de si fortement soupçonner? C'est, bien entendu, par l'examen direct qui doit porter sur les urines, sur les reins et sur la vessie.

Dans les urines vous pourrez rencontrer des fragments ou les éléments anatomiques de la production morbide. Le renseignement aurait une valeur de premier ordre si pareille constatation n'était soumise au hasard d'expulsions qu'il n'est pas en votre pouvoir de provoquer sûrement et sans inconvénients, et si l'examen des éléments anatomiques était toujours significatif. Il n'y a guère que celui des fragments qui soit probant, sinon pour qualifier la nature de la tumeur, du moins pour affirmer sans hésitation sa présence.

Du côté des reins c'est l'augmentation du volume qu'il faut rechercher. Cette augmentation va, dans ces cas, avec une déformation, des modifications de consistance, qu'il est parfaitement possible d'apprécier lorsque l'on s'en réfère aux règles de l'examen chirurgical des reins. J'y attire souvent toute votre attention et n'ai pas en ce moment à les rappeler, pas plus que je n'insiste sur la signification du varicocèle symptomatique chez l'homme dont j'ai défini depuis longues années la valeur séméiologique.

L'absence de tout changement physique appréciable du côté des reins concentre toutes vos recherches sur la vessie. Mais vous devez avant tout savoir diriger vos recherches.

Grâce au cathétérisme la cavité vésicale n'a guère de secrets pour qui a pris l'habitude de méthodiquement s'en servir. Aussi les chirurgiens ont-ils naturellement placé toute leur confiance dans ce mode d'exploration pour les cas de tumeurs. Or, l'exploration intra-vésicale les a presque régulièrement mis dans l'erreur ou laissés dans le doute. C'est qu'en effet, ce n'est pas à la cavité mais aux parois que doivent s'adresser vos recherches. C'est dans la paroi que s'implante le néoplasme et c'est à ses dépens qu'il se développe, c'est de la paroi que vous aurez à le séparer si vous jugez convenable de l'opérer.

Aussi, ne puis-je trop insister sur l'importance considérable de l'exploration extra-vésicale et sur la manœuvre qui permet de l'accomplir utilement. La combinaison du toucher rectal et du palper abdominal dont je ne cesse de vous répéter les règles est le moyen auquel il faut recourir.

La première condition est d'évacuer la vessie afin de n'avoir affaire qu'à ses parois. Vous jugez ainsi de son augmentation de volume lorsque la tumeur a déjà un assez grand développement pour la remplir en partie, et vous étudiez surtout les modifications de forme et de consistance qu'elle peut présenter.

Vous savez le rôle que joue l'étude de la consistance dans le diagnostic des tumeurs. alors même qu'elles sont le plus accessibles, comme au sein ; c'est en l'analysant minutieusement que vous posez des conclusions sur la nature de la néoplasie. C'est aussi en tenant compte des connexions qu'elle a prises avec les parties qui l'entourent.

Pour la vessie, l'étude de la consistance vous renseigne avec autant de certitude. Là comme dans toute autre région, la résistance, la dureté sont significatives. Il n'est pas besoin qu'on les perçoive dans toute la masse saisie entre le doigt et la main. Il suffit qu'à travers le rectum elle soit constatée

à la base de la production morbide. Vous savez par cela même que vous avez affaire à une lésion suspecte, à une lésion récidivante. Et cette dureté, cette consistance sera d'autant plus significative que vous examinez un malade qui n'a d'autres symptômes que l'hématurie et chez lequel par conséquent les scléroses et les indurations inflammatoires ne sauraient donner le change.

Aussi faut-il attacher tout autant d'importance à la non-constatation de ce phénomène. Une vessie dont la paroi est restée souple, exempte de résistance et d'induration, a toute chance de ne contenir qu'un néoplasme de bonne nature que l'ablation peut définitivement guérir. J'ai bien souvent insisté sur la valeur séméiologique d'un toucher rectal peu fertile en renseignements ou vraiment négatif. J'ai dit et écrit que l'absence de toute rencontre suspecte, de toute sensation anormale, était d'une importance capitale au point de vue des indications, lorsqu'il s'agit d'ailleurs d'un malade qui offre l'ensemble des symptômes de la présence d'un néoplasme dans la vessie et tout particulièrement l'hématurie caractéristique.

Dans ces conditions, l'indication d'opérer est en raison inverse de la netteté des constatations fournies par le toucher rectal. Je me crois obligé de me répéter, puisque des chirurgiens de haute valeur persistent à ne tenir compte que des affirmations très positives de l'exploration par le rectum.

Je partagerais leur avis si le toucher rectal avait seulement pour but de permettre d'affirmer la présence de la tumeur. Mais à cela ne se borne certainement pas son rôle. Lorsque le doigt rectal et la main hypogastrique saisissent une tumeur ou la sentent, ils ne font que confirmer ce que déjà l'étude de l'hématurie et l'examen négatif des reins vous avaient appris. Vous savez, en effet, la signification positive des pertes de sang spontanées, réitérées ou durables sans alliance d'aucun autre symptôme, et comment la façon dont s'effectue le pissement de sang spontané, ou

par l'intermédiaire de la sonde molle, permet de démontrer sa provenance vésicale. La palpation minutieuse des parois de la vessie va donc au delà d'une simple constatation de présence. Et nous venons de voir comment elle peut renseigner sur le volume, la consistance et les connexions du néoplasme.

Vouloir, avant d'opérer, toucher ou voir le néoplasme est certainement ce que le chirurgien a le droit et le devoir de rechercher. Mais subordonner son intervention au contact direct obtenu par une incision exploratrice, à l'étude de fragments expulsés et analysés anatomiquement, ou bien enfin à la constatation *de visu* par le cystoscope, ne me paraît pas en rapport avec la vérité clinique.

Entrer dans la discussion des opérations exploratrices, examiner dans son ensemble la question de l'examen endoscopique de la vessie, nous conduirait bien au delà des limites que comportent les courtes considérations que je vous ai promises en débutant.

Comme toujours, en revenant aux faits nous trouverons l'enseignement vrai et nous simplifierons l'étude qui nous le fournit.

Par une sorte de fatalité l'examen endoscopique, ou n'a pu être fait, ou a été inutilement tenté chez les cinq malades qui nous servent de texte.

Je crois cependant, je veux le déclarer tout d'abord, à l'utilité de ce mode d'exploration. Nous avons eu cette année même des exemples fort probants de sa valeur. Mais il en est de l'éclairage artificiel de la cavité vésicale comme de beaucoup d'autres auxiliaires de la clinique. Le chirurgien doit à la fois apprendre à s'en servir et à s'en passer. Des deux malades que j'ai opérés, l'un n'a pu être soumis à l'endoscopie et l'autre l'a été inutilement. Le premier ne pouvait être examiné de la sorte, pour la raison toute simple que je me décidais à l'opérer en pleine hématurie; le second ne put y être soumis que sur la table d'opération.

Il faut, en effet, et c'est là une infériorité de la cysto-

scopie, examiner en dehors des périodes hémorrhagiques sous peine de ne pas voir. Or, le malade qui est encore au n° 9 de la salle Civiale était sous le coup d'une perte de sang à laquelle il importait de mettre rapidement terme.

C'est un des grands services que nous rend la section hypogastrique que la suppression immédiate des hématuries vésicales. J'ai souvent insisté sur ce fait et montré ses conséquences thérapeutiques. Notre sujet, homme de 59 ans, avait eu il y a deux ans et demi pour la première fois une hématurie spontanée qui dura 7 à 10 jours. Cette perte de sang n'avait été accompagnée d'aucun autre symptôme et, dès qu'elle s'arrêta, la miction se fit dans les conditions les plus normales. Il en fut ainsi pendant une année entière. A cette époque perte de sang abondante de quinze jours de durée. Nouveau retour à l'état normal, mais pour six mois seulement. C'est cette troisième hématurie qui nous amène le malade le 13 juin dernier. Il perdait alors depuis le commencement de mai. Les crises de pissement de sang devenaient donc à la fois plus rapprochées et plus longues. Nous ajouterons plus abondantes, car le malade perdait largement. Aussi était-il notablement anémique et si la coloration de son facies ne témoignait pas de sa déglobulisation, l'inspection des muqueuses et du reste du corps montrait que cette fois le symptôme prenait une importance qui exigeait qu'on y mît promptement ordre. Aussi me suis-je décidé à opérer, et le malade fut-il soumis dès le 19 juin à la taille hypogastrique.

Vous l'avez suivi et vous avez constaté la cessation immédiate et absolue de la perte de sang; vous avez même vu les urines rester parfaitement aseptiques grâce aux précautions opératoires et post-opératoires, et enfin vous avez constaté la fermeture de la vessie le 21e jour et la guérison le 22 juillet.

Je n'insiste pas sur ces faits, mais je veux revenir sur le diagnostic et sur les indications.

Je viens de vous dire que l'endoscopie n'était pas appli-

cable. J'ajouterai même que les résultats du toucher rectal uni à la palpation hypogastrique étaient négatifs. Je me décidai cependant, non pas à une opération exploratrice, mais à une opération curatrice. Je vous annonçai même au cours de la leçon qui précéda l'opération que nous trouverions une tumeur petite, molle et probablement pédiculée, tumeur de nature bénigne.

Pourquoi ai-je été aussi affirmatif dans le diagnostic et si résolu dans l'intervention?

Tout ce que je vous ai rappelé tout à l'heure fournit ma réponse. L'hématurie était caractéristique de la présence d'un néoplasme dans l'appareil urinaire, l'examen des reins était négatif; l'étude du pissement de sang fait à l'aide de la sonde molle et des lavages montrait qu'après avoir nettoyé la vessie et obtenu le retour de la solution borique à l'état limpide, il suffisait d'un instant pour que les petites quantités de solution laissées au contact de la vessie revinssent fortement teintées. Il y avait donc certitude d'un saignement d'origine vésicale, et cela ajouté à la signification très positive de l'hématurie nous disait nettement qu'un néoplasme s'était développé dans la vessie. Comme le toucher rectal uni à la palpation ne le faisaient pas sentir, que partout la paroi était souple, mince et normale, que la vessie bien vidée n'était pas sentie, ce néoplasme devait être petit, mou, et n'avait que de faibles connexions avec la paroi.

L'opération a absolument justifié et la détermination que j'avais conseillée et le diagnostic posé. Et il est permis de se demander ce que l'endoscopie ou le toucher intra-vésical auraient ajouté aux éléments qui rationnellement nous ont conduit à l'opération. J'ajouterai que l'examen anatomique fait par M. Albarran nous a montré que nous avions affaire à un papillome.

Le second malade, que vous avez suivi au n° 9 et qui n'a pas voulu être opéré, présentait le même ensemble de signes anamnestiques et fournissait les mêmes résultats comme

examen direct. Au moment où j'opérai son voisin, l'hématurie dont il était atteint depuis une quinzaine, et qui succédait à plusieurs autres, cessa subitement, comme souvent il arrive. Il désira dès lors se soustraire à l'opération proposée et nous quitta sans vouloir même être examiné à l'endoscope.

Mais je ne dois pas perdre de vue que j'ai à vous parler maintenant du second opéré dont le traitement s'est poursuivi en dehors de l'hôpital.

L'histoire est plus complexe et particulièrement instructive à un point de vue que je veux d'abord vous signaler.

Chez ce malade ce ne fut pas l'hématurie qui fut le premier symptôme, ce furent des troubles de la miction. Ils débutèrent vers le milieu de l'année 1884, ce ne fut qu'en 1886 que les urines commencèrent à être teintées en rouge ou à être de couleur brunâtre, et les grandes hématuries ne datent que de mai 1887.

On me présenta le malade en octobre 1885, et ne croyant pas avoir lieu de penser à un néoplasme, je me contentai de faire l'examen qui m'était réclamé, c'est-à-dire le cathétérisme explorateur au point de vue d'un calcul et ne trouvai rien. Le malade avait alors 13 ans.

Je le perdis immédiatement de vue et je n'eus de ses nouvelles que pendant l'été de 1887. A cette époque M. le docteur Tardieu, de Blois, m'envoya des fragments de tumeur rendus au cours d'une hématurie. Leur examen confirmait leur aspect et je répondis en conseillant l'intervention qui fut différée. Ce n'est que le 28 mars dernier que je fis l'opération.

L'ouverture de la vessie nous fit immédiatement tomber sur une tumeur en forme de figue, du volume d'une grosse noix dans sa partie renflée. Elle s'attachait par un pédicule mince de 7 à 8 millimètres de diamètre immédiatement en arrière du col vésical à gauche.

La pédiculisation grêle de la tumeur et son siège expliquent les troubles primitifs de la miction et ceux beaucoup

plus graves qui survinrent ultérieurement. Lorsque le malade nous fut amené le 12 février 1889, il avait non seulement une hématurie intense et durant déjà depuis plusieurs semaines, mais de la rétention incomplète. La vessie suppurait. Il y eut peu de jours après retour d'accès fébriles graves déjà subis plusieurs fois. La maigreur et la pâleur, la perte de forces étaient extrêmes, et je dus, avant d'opérer, soumettre le malade à des évacuations et à des lavages méthodiques, à un traitement réparateur. Ce qui me permit d'agir ainsi fut la cessation brusque de l'hématurie au cours des accès de fièvre; je dirai, pour n'y plus revenir, que le malade quand il retourna chez lui le 16 juillet avait repris toute la santé et la coloration de l'état normal et que sa tumeur examinée par M. Vignard était un papillome.

C'est donc encore un cas qui nous permet d'espérer une guérison définitive. Mais si je n'insiste pas sur ce côté, cependant si intéressant, c'est que je veux me maintenir sur le terrain du diagnostic et des indications.

Le diagnostic est ici d'autant plus intéressant qu'il fut d'abord erroné. L'absence du symptôme hématurie fut certainement la cause de l'erreur. Il faut donc dans quelques cas s'attendre à ne le voir paraître que tardivement. Il est utile de s'habituer à penser, plus qu'on ne le fait encore, à un néoplasme, lorsque *tout* bien examiné, nous n'arrivons pas à l'interprétation des troubles *sérieux* de la miction. Ce cas est d'autant plus digne de rester dans votre souvenir qu'il est assurément exceptionnel de voir le pissement de sang tarder autant à se produire.

En présence d'un cas semblable chez un sujet non suspect de tuberculose, l'examen endoscopique pourrait avoir une valeur toute spéciale. Seul en effet il pourrait en semblable circonstance trancher la question diagnostique. Si j'en juge par les cas où j'ai pu voir des néoplasies de très petit volume, il est à présumer que mieux qu'une incision exploratrice l'éclairage de la vessie ferait reconnaître la lésion.

Si maintenant nous prenons le cas tel qu'il nous fut pré-

senté lorsque l'on se résigna enfin à l'idée d'une opération, nous voyons que son indication était non seulement posée, mais urgente.

Elle seule en effet pouvait mettre fin à l'hématurie, aux troubles de la miction et aux accidents d'infection urineuse.

Parmi les indications qui conduisent à l'intervention dans les néoplasmes de la vessie, doivent en effet figurer les complications qu'ils déterminent. Complications par exagération de perte de sang, par l'apparition de la cystite et de la douleur grave qui souvent l'accompagne, par les difficultés sérieuses de la miction ou par la rétention d'urine.

Quant au diagnostic il était affirmé non seulement par l'hématurie qui, malgré l'adjonction d'autres symptômes, avait néanmoins revêtu ses principaux caractères, mais aussi par l'expulsion de fragments dûment examinés.

L'examen local apportait son contingent. Il le fournissait en permettant là aussi de penser à une production de bonne nature sans connexions larges avec la paroi vésicale. On ne percevait en effet d'autres modifications qu'un peu d'augmentation de volume, assez difficile même à nettement affirmer. Et d'ailleurs on constatait partout la minceur, la souplesse la plus normale. Tout se réunissait donc pour autoriser l'intervention et en espérer l'heureux résultat qui fut obtenu.

Nous voulûmes cependant faire l'examen endoscopique Mais les accidents dont nous avions été témoin, la crainte de réveiller l'hématurie ou la fièvre nous en firent ajourner l'emploi au moment même de l'opération. Je vous ai déjà dit qu'il ne nous fournit aucun renseignement, bien que le milieu fût limpide et éclairé. Peut-être ne fut-il pas poursuivi avec assez de persévérance. J'insistai d'autant moins qu'il était en réalité inutile.

Il le fut aussi chez les deux autres malades dont il me reste à vous parler.

Je vous ai dit que dans ces deux cas je conseillai l'abstention. Tous les symptômes indiquaient cependant l'existence

d'un néoplasme dans l'appareil urinaire et l'examen intravésical nous montrait que ce néoplasme s'était développé dans la vessie. Mais c'est la fertilité même de ces renseignements qui fut l'un des motifs de notre décision négative.

Le doigt rectal pouvait en effet suivre une base d'implantation étendue et constater un certain degré de résistance. sans bosselures ni infiltrations profondes de la paroi. L'expérience que j'ai acquise m'a montré que lorsque l'on a de semblables sensations, on trouve dans la vessie une tumeur épithéliomateuse et que la récidive suit à assez bref délai l'opération.

Les résultats immédiats sont cependant des plus satisfaisants. Aussi n'ai-je pas la pensée de récuser quand même l'intervention chirurgicale lorsque le diagnostic est celui que je viens de formuler. Ce que je viens de dire des heureuses suites immédiates de l'opération permet d'y recourir. Elle doit cependant à mon avis n'être proposée que lorsque les complications dont je parlais tout à l'heure se produisent. Ne pouvant être curatrice, elle peut souvent devenir palliative.

Sans développer ici une question qui nécessiterait à elle seule une longue discussion, je me contenterai de dire que tout ce que l'anatomie pathologique de l'épithélioma de la vessie nous a appris et tout ce que nous enseigne l'anatomie pathologique de cette même affection dans d'autres régions est de nature à nous empêcher de compter sur une guérison vraie. Les faits que j'ai observés sont confirmatifs des prévisions que permet de poser l'examen anatomopathologique. J'ai eu l'occasion de faire en 1886 l'ablation complète avec résection de toute l'épaisseur de la paroi vésicale attenante, d'un petit épithéliome situé en dehors de la zone uretérale. Le succès fut complet pendant deux années, à peine vous venez de suivre le malade et de le voir succomber avec une récidive. A l'autopsie nous avons trouvé la vessie en grande partie détruite, mais il semble cependant que la repullulation n'est pas partie du point opéré. Quoi

qu'il en soit, elle s'est faite, et ce cas prouve une fois de plus combien nous avons à compter avec l'infiltration *larvée* dans les cas où l'examen le plus attentif ne fait pas découvrir d'infiltration apparente.

Le siège exceptionnel de la tumeur me permit dans ce cas une résection complète. J'ai dit et je crois devoir répéter que lorsque les néoplasmes de cette nature siègent comme il est d'habitude dans les régions uretérales ou dans celles qui les avoisinent immédiatement, la résection était *physiologiquement* impossible. On sait trop ce que deviennent les animaux auxquels on pratique des opérations sur les uretères, et les malades chez lesquels ils cessent de fonctionner, pour ne pas tout craindre d'un acte opératoire qui exposerait à comprendre dans la partie enlevée une portion de ces conduits. J'ajoute qu'elle serait inutile. Quelle que fût sa rigueur apparente, elle ne pourrait conjurer les conséquences de l'infiltration larvée.

Il serait à peine nécessaire de vous parler des résultats de l'examen endoscopique dans ces deux malades, s'il n'avait présenté des inconvénients qui me paraissent de nature à en faire écarter l'emploi en semblable circonstance.

Chez l'un d'eux l'introduction du cystoscope détermina une hématurie qui dura quelques jours, chez le second elle n'eut pas le même inconvénient. Mais chez l'un et chez l'autre il fut impossible d'éclairer le milieu vésical. Non pas seulement parce que le liquide qui remplissait la vessie se colorait, mais parce que sur la fenêtre située au niveau de la lampe, le sang qui avait mouillé l'instrument en ce point se coagulait sous l'influence de la chaleur et faisait un opercule à la fois solide et absolument opaque.

Comme toute exploration chirurgicale, la cystoscopie a ses indications et contre-indications. Je la crois inutile ou illusoire, lorsque la tumeur a une large base d'implantation ou un volume prononcé. C'est pour vous donner les éléments qui vous aideront à les poser que je vous ai cité ces petits faits.

Pour terminer, je n'ai plus qu'à ajouter que nos deux derniers malades après quelque temps de séjour nous ont quitté dans un état satisfaisant. Ce n'est qu'au cas où ils se représenteraient avec des complications que, modifiant notre manière de voir, nous leur proposerions d'intervenir pour en conjurer les menaces, pour en éloigner les conséquences.

Arthrites et hydrocèle blennorrhagiques sans gonocoques,

Par MM. le professeur Guyon et Janet, interne des hôpitaux.

Obs. I. — Le nommé M... âgé de 33 ans, entre le 23 avril 1889, au lit n° 23 de la salle Civiale, pour une arthrite blennorrhagique des deux genoux.

Les débuts de ce malade dans la carrière vénérienne remontent loin. En 1873 à 16 ans, il contracta sa première chaudepisse ; elle dura quatre mois. En 1875 il fut pris d'une seconde poussée de blennorrhagie qui, cette fois, dura six mois.

Le début des rétrécissements qu'il présente aujourd'hui remonte à l'année 1879.

En 1880, il fut opéré de l'uréthrotomie interne par M. le docteur Maréchal, chirurgien de l'hôpital militaire de Brest. A la fin de la même année il présente une troisième poussée de chaudepisse. Depuis cette époque, il n'a, pour ainsi dire, pas cessé de couler. Au moindre excès, sa goutte matinale se transformait en un écoulement abondant. Une de ces poussées blennorrhagiques se compliqua d'une épididymite gauche.

En 1887, à la suite d'une série d'excès qu'il ne cherche pas à dissimuler, il eut une nouvelle chaudepisse qui, pour la première fois, s'accompagna de rhumatisme blennorrha-

gique. Les deux genoux et les deux articulations tibio-tarsiennes furent prises. Cette complication dura 3 mois.

En novembre 1888, nouvelle poussée de chaudepisse, accompagnée bientôt d'un abcès péri-uréthral au niveau de la région périnéale. Cet abcès fut incisé en février 1889 par M. le docteur Polaillon. Il guérit, mais laissa à sa suite un petit trajet fistuleux périnéal qui ne tarda pas à s'entourer d'une tumeur urineuse du volume d'une petite noix.

La même chaudepisse continuait à évoluer, quand, le 15 avril dernier, il fut pris d'une nouvelle poussée de rhumatisme blennorrhagique.

Cet accident le détermina à demander son admission à la salle Civiale.

On constate à son entrée que le malade présente deux rétrécissements : l'un pénien, l'autre scrotal; ils admettent tous deux l'olive 14.

Au niveau de la partie postérieure du scrotum on retrouve une petite tumeur urineuse très dure, traversée par un petit trajet fistuleux qui laisse passer un verre à liqueur d'urine à chaque miction.

La vessie est saine. L'urine est claire.

De l'urèthre s'écoule une quantité minime de pus dans lequel on retrouve en abondance le gonocoque de Neisser.

Les deux genoux sont le siège d'une hydarthrose très prononcée. Les culs-de-sac de la synoviale sont tendus au maximum.

Le lendemain de son entrée, on ponctionne le genou droit avec la seringue de Koch. Le liquide obtenu est d'un jaune citrin légèrement opalin.

Une partie de ce liquide est examiné directement : on y trouve, comme éléments figurés, une assez grande quantité de leucocythes et quelques globules rouges. Aucun micro-organisme ne peut être décelé dans ce liquide par l'examen microscopique.

Une autre partie du liquide est cultivée dans le bouillon

stérilisé, dans la gélatine en tube, et sur la gélatine en plaque.

Ces cultures ne donnèrent aucun résultat, elles demeurèrent absolument stériles.

Au bout de peu de temps, le 18 mai, le malade guéri de sa chaudepisse, dilaté, et fort amélioré au point de vue de ses arthrites, put quitter le service.

Obs. II. — B..., François, 16 ans, ne présente aucun antécédent rhumatismal dans sa famille.

Le 28 mai dernier il contractait sa première chaudepisse, cinq jours après le dernier coït. Cette blennorrhagie fut rapidement très aiguë, l'écoulement purulent très abondant, les douleurs en urinant très vives. Le malade se hâta d'absorber quarante capsules de copahu, à raison de six par jour.

Le 26 mai, huit jours après le début de l'affection, l'écoulement cessa pour ainsi dire brusquement. Le malade s'en félicitait déjà, quand, le lendemain, il se sentit pris d'une douleur assez vive dans le genou droit, exagérée par les mouvements de cette articulation. Il travailla néanmoins suivant son habitude jusqu'à minuit, comme son métier d'employé à l'Exposition l'exige.

Pendant la nuit suivante, il s'aperçut que son genou devenait le siège d'un gonflement très notable et que les douleurs devenaient de plus en plus vives.

Le lendemain 28 mai, il entra à l'hôpital.

L'écoulement uréthral est presque complètement tari; néanmoins, il est possible de recueillir avec la boule de l'explorateur un peu de pus de l'urèthre antérieur, on y constate de la façon la plus nette la présence des gonocoques.

La ponction aseptique de l'articulation est pratiquée le soir même de son entrée, deux jours après le début de l'affection; elle permet de recueillir un liquide jaunâtre, un peu louche, dans lequel on retrouve quelques leucocythes,

mais aucun micro-organisme. Les cultures de ce liquide restent, comme dans le cas précédent, absolument stériles.

Depuis cette époque le malade est soumis au traitement habituel de l'arthrite blennorrhagique, révulsion et immobilisation; l'écoulement blennorrhagique est entièrement tari, mais la complication articulaire évolue avec sa lenteur habituelle et force le malade à rester encore aujourd'hui dans nos salles.

Obs. III. — Le nommé R..., 32 ans, ne présente dans sa famille aucun antécédent rhumatismal; lui-même n'a jamais présenté aucune manifestation de ce genre.

Il contracta sa première chaudepisse au mois de juin 1889. L'écoulement uréthral débuta quatre jours après le coït infectant. Il fut combattu par quelques capsules de térébenthine. Trois jours après le début de l'écoulement, le malade fut pris de douleurs erratiques dans les bras et dans les jambes, tantôt dans la continuité des membres, tantôt au niveau des articulations. Peu de temps après, l'écoulement diminua d'abondance et se tarit même à peu près complètement.

A ce moment le malade fut forcé de s'aliter. Deux articulations surtout le faisaient souffrir : l'articulation tibio-tarsienne gauche et l'articulation du genou gauche. Mais bientôt les phénomènes inflammatoires se localisèrent sur cette dernière jointure. Quatre jours après, c'est-à-dire douze jours après le début de la blennorrhagie, le malade entre à l'hôpital.

L'écoulement uréthral est presque complètement tari, il est impossible de s'en procurer pour en faire l'examen microbiologique. Le genou gauche est le siège d'une arthrite blennorrhagique à gros épanchement. Le liquide articulaire est ponctionné cinq jours après le début de l'épanchement, il est d'un jaune citrin légèrement louche. Il présente les mêmes caractères microscopiques que celui des deux malades précédents. Comme chez eux il est impossible d'y recon-

naître le moindre microbe, et sa culture ne donne aucun résultat.

Obs. IV. — G..., Antoine, 24 ans, serrurier, a contracté sa première chaudepisse à 19 ans. Elle a duré deux mois et a été complètement guérie sans aucune complication.

A 20 ans, il reprit une petite blennorrhagie qui ne dura que quinze jours.

Le 13 mai 1889 il eut des rapports avec une femme qui lui donna des chancres mous, et le 21 mai avec une autre femme qui lui donna la chaudepisse. Cette dernière affection se prolongea jusqu'au 10 juillet. Entre temps ses chancres mous avaient produit un bubon actuellement guéri.

Le 18 juillet, il fit des excès de boissons, de danse et de femme, et le lendemain il avait un début d'épididymite droite. Cette épididymite se compliqua bientôt d'une hydrocèle enkystée. C'est pour cette double affection qu'il entre le 30 juillet à l'hôpital.

La ponction de l'hydrocèle est pratiquée immédiatement, elle donne un liquide séreux absolument transparent, de couleur jaunâtre. L'examen de ce liquide ne permet d'y constater aucun micro-organisme. Les cultures dans la gélatine, l'agar et le bouillon, restent absolument stériles. Le liquide lui-même de la ponction, porté à l'étuve à 37°, reste transparent et ne cultive pas.

Ces quatre observations nous permettent de retenir plusieurs faits importants.

L'observation I nous représente le type habituel du rhumatisme blennorrhagique se manifestant après plusieurs poussées de chaudepisse chez un sujet qui a déjà été atteint d'autres complications parablennorrhagiques.

Les observations II et III nous montrent des exemples de rhumatisme blennorrhagique précoce, survenant à l'occasion de la première blennorrhagie, quelques jours seulement après le début de l'affection uréthrale.

Enfin ces trois observations nous présentent plusieurs traits communs.

1° La coïncidence de la disparition brusque et définitive de l'écoulement uréthral avec le début des arthrites ;

2° L'absence d'antécédents rhumatismaux héréditaires et personnels chez les sujets atteints ;

3° Et enfin dans nos quatre observations l'absence du gonocoque et même de tout autre micro-organisme dans les liquides pathologiques recueillis.

C'est surtout ce dernier point que nous tenons à mettre en évidence.

La question de la nature microbienne des complications de la blennorrhagie a été souvent discutée, et elle l'est encore aujourd'hui.

Pétrono (1) a signalé la présence du gonocoque dans le sang et surtout dans le liquide provenant des genoux de deux malades atteints de rhumatisme blennorrhagique. Mais la description qu'il en fait, et surtout la qualification de micrococci « en chaînes » qu'il leur donne laisse des doutes sur l'identité du gonocoque dans ses observations.

Kammerer (2), assistant à la clinique de Fribourg, a étudié dans deux cas le liquide de l'arthrite blennorrhagique. Dans l'un des cas, il vit distinctement des microbes semblables à ceux décrits par Neisser. Au bout de 18 jours, une incision ayant été pratiquée, on ne trouva plus de microbes dans le liquide. Les nombreux résultats négatifs des auteurs s'expliqueraient donc pour lui, parce qu'ils ont examiné des cas trop anciens.

Bousquet (3) a présenté à la Société de chirurgie une observation dans laquelle il aurait noté la présence du gonocoque dans le *pus* d'une arthrite blennorrhagique de l'articulation sterno-claviculaire.

(1) Petrono, *Sulla natura parasitaria dell' arthrita blennorrhagiæ* (*Riv. clin. de Bolona*, Février 1883).

(2) Kammerer, *Centralblatt für chirurgie*, 1884.

(3) Bousquet, *Bulletin et mém. de la Soc. de chirurgie*, 28 oct. 1885.

A ce propos, M. Horteloup rappelle qu'il a constaté, avec M. Jullien, la présence du gonocoque dans le liquide des vaginalites compliquant les épididymites blennorrhagiques.

A côté de ces résultats positifs nous trouvons un grand nombre de résultats négatifs. Ehrlich, Vogt, Kraske et Bornemann (de Copenhague), Aubert, MM. Dieulafoy et Widal, n'ont jamais retrouvé le gonocoque dans les complications de la blennorrhagie et en particulier dans les arthrites à épanchement. Nous ajoutons à ces observations déjà nombreuses les quatre faits qu'il nous a été donné d'étudier.

La raison du dissentiment qui existe au sujet de cette question entre les différents auteurs qui l'ont traitée est probablement la suivante.

Le rhumatisme blennorrhagique se présente sous deux formes : 1° une forme subaiguë avec épanchement séreux légèrement louche, mais non purulent (c'est la plus commune) ; 2° une forme aiguë, phlegmoneuse, dans laquelle l'épanchement est nettement purulent (cette forme est excessivement rare).

Dans le premier cas, nos observations, jointes à celle de M. Dieulafoy et Widal, le prouvent surabondamment, il n'existe dans le liquide épanché aucun gonocoque et même aucun autre micro-organisme. On est donc, pour ainsi dire, forcé de conclure, avec les deux auteurs que je viens de citer, que la cause de l'arthrite réside, non dans la présence du gonocoque lui-même, mais dans l'action sur l'articulation malade des produits solubles sécrétés par ce microbe au niveau de la muqueuse uréthrale.

L'absence de tout micro-organisme a été absolument nette dans les quatre cas que nous avons relatés. Les cultures sont restées constamment stériles. Kammerer ne pourra pas nous reprocher d'avoir examiné des cas trop anciens. Nous avons ponctionné un de nos malades (Obs. II) 2 jours, l'autre (Obs. III) 5 jours et les deux derniers (Obs. I et IV) 9 et 10 jours après le début de l'affection articulaire.

Dans le second cas, il existe évidemment des microbes

dans le pus de l'articulation malade ; mais, comme l'a bien montré Legrain (1) dans son intéressant article sur les colonies microbiennes de l'urèthre, il est très probable que ces microbes ne sont pas représentés par le gonocoque mais par les micrococi habituels de la suppuration, partis de l'urèthre où ils cohabitent avec le gonocoque. Les arthrites blennorrhagiques suppurées sont donc dues à des infections secondaires.

Cette hypothèse est prouvée non seulement par les inexactitudes et les incertitudes qui règnent dans les descriptions des auteurs qui ont prétendu trouver le gonocoque ailleurs que dans les voies urinaires et les muqueuses des orifices naturels, mais encore par les observations bien suivies des auteurs qui, comme Bockhart (2) et Gerheim (3), ont trouvé dans les complications suppuratives de la blennorrhagie : bubon, abcès péri-uréthral, bartholinite, non les gonocoques mais les microcoques ordinaires de la suppuration.

REVUE CLINIQUE

Rein droit déplacé et douloureux chez un homme âgé de 57 ans. — Néphrorraphie. — Guérison,

par M. le docteur Terrillon,

professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Depuis les premières opérations de néphrorraphie pratiquées par Hahn (de Berlin) il semble convenu que le manuel opératoire, employé par ce chirurgien, doit être modifié.

(1) Legrain, Les colonies microbiennes de l'urèthre (*Ann. des mal. des organes génito-urinaires*, mars 1889).

(2) Bockhart, *Monatshefte f. prakt. Dermat.*, n° 19, 1887.

(3) Gerheim, *Verhandlung des Physik medicin Gesellschaft zu Wurtzbourg*, XXI.

Au lieu de se contenter de suturer la couche graisseuse ou enveloppe cellulo-graisseuse du rein, aux plans profonds de la région lombaire, la plupart de ceux qui ont opéré après lui, sont d'avis de comprendre dans les sutures l'enveloppe propre du rein ou capsule fibreuse de cet organe.

Le professeur Duret (de Lille) a proposé cette modification au procédé primitif, et nous voyions tout récemment MM. Guyon et Tuffier apporter également quelques détails nouveaux dans le manuel opératoire de la fixation du rein.

J'ai moi-même présenté devant l'Académie de médecine une observation du rein flottant et douloureux que j'ai fixé dans la plaie lombaire par des sutures passant à travers la capsule propre du rein, d'après le procédé de M. Duret; je croyais que cette dernière précaution devait être indispensable.

Or, un fait récent que je viens d'observer servirait à prouver que, dans des circonstances spéciales, on peut se contenter de la méthode primitive de Hahn et obtenir ainsi une fixation suffisante. Malgré cette opération qui semble imparfaite, on peut avoir un résultat opératoire et curatif excellent.

Je donne en résumé cette observation, en ne détaillant que les particularités les plus intéressantes.

Le nommé Clément, Émile, âgé de 57 ans, comptable. Entré le 28 février à la Salpêtrière.

Il se rappelle une chute sur la région lombaire assez violente, en 1882; celle-ci laissa après elle des douleurs pendant quelque temps.

Il y a environ deux ans, le malade a été pris de douleurs très vives partant du creux hypogastrique, irradiées dans le flanc droit et la région lombaire sous forme de crises survenant tous les huit à quinze jours.

Depuis cette époque il nota la persistance des crises douloureuses, se rapprochant de plus en plus, accompagnées de nausées et de vomissements glaireux. Ces crises, qui durent en moyenne de cinq à six heures, forcent le malade à se coucher. Le repos n'apporte pas de soulagement. Entre les crises, le malade éprouve des tiraillements dans le flanc droit. Ces crises se répétant très souvent, le malade va consulter M. Le Dentu qui diagnostique un rein flottant.

Les digestions sont pénibles, accompagnées de pesanteur, ballonnement du ventre, et entraînant les crises douloureuses déjà décrites. Constipation opiniâtre.

La miction est assez difficile, douloureuse pendant les crises.

A la palpation, on sent, dans le flanc droit, une tumeur du volume du poing, régulière, de consistance ferme, à contours bien limités, se déplaçant facilement sous la pression, indépendante des mouvements du foie.

Cette tumeur assez douloureuse à la pression est assez grosse, sans aucune connexion avec les organes environnants, et empiète sur la région ombilicale.

Suivant le dire du malade, elle occupe des positions différentes, tantôt dans l'hypocondre, tantôt dépassant la région ombilicale; de plus, les crises douloureuses coïncident avec cette dernière position; de sorte que le malade peut quelquefois supprimer ses crises en refoulant sa tumeur dans le flanc droit.

La palpation lombaire fait constater une résistance moindre qu'à gauche.

Les deux palpations associées permettent de reconnaître facilement le signe du ballottement, la réduction facile de la tumeur dans la région lombaire.

Enfin le côté opposé ne présente aucune tumeur.

La sonorité normale indique que la tumeur est recouverte par l'intestin.

L'état général est bon.

En présence de ces crises douloureuses et du diagnostic de rein flottant je me décide à pratiquer sur ce malade une néphrorraphie le 11 mars 1889.

Décubitus latéral gauche. Après lavages antiseptiques habituels, je fais une incision oblique de la douzième côte au milieu de la crête iliaque, en dehors de la masse sacro-lombaire.

Après avoir ouvert la capsule graisseuse et reconnu la surface du rein, je cherche à suturer la substance rénale elle-même, mais malgré les efforts de traction, malgré la pression abdominale, le rein situé très profondément, ou retenu par des adhérences, ne peut être mobilisé. Il faut se contenter de suturer la capsule graisseuse de l'organe au moyen de six sutures au gros catgut. Deux drains placés dans chacun des coins de la plaie assurent l'écoulement des liqueurs. Compression avec éponges trempées dans l'eau phéniquée forte. L'opération est terminée par les sutures de la plaie : trois profondes, trois superficielles au crin de Florence.

Pansement à l'iodoforme.

Les jours qui ont suivi l'opération, la température a oscillé entre 37°

et 37°,5. L'état général étant bon. Vers le cinquième jour, par suite des mouvements du malade, le pansement se dérange et la région opérée est mise à nu pendant toute une nuit.

Le 16 mars, apparaissent, au niveau des fils qui sont retirés, quelques points de suppuration. La suppuration augmente un peu dans la suite, mais des lavages répétés au sublimé empêchent tout accident. La température reste entre 37°,5 et 38°.

La plaie finit par se cicatriser sans accident et le malade sort guéri le 27 avril.

Depuis l'opération le malade n'a plus ressenti aucun des accidents qui avaient nécessité la néphrorraphie; les crises douloureuses qui reparaissaient tous les cinq ou six jours, sous une influence quelconque, ont complètement disparu; le rein garde sa place dans l'hypocondre droit, mais il a perdu les mouvements qui existaient auparavant sous l'influence de la pression abdominale. Le malade se déclare très enchanté du résultat (15 juillet 1889).

A propos du raclage et de l'écouvillonnage de la vessie,

par M. le docteur Callionzis,

Professeur agrégé de chirurgie à la Faculté de médecine d'Athènes.

La *Semaine médicale* (n° du 26 juin 89) publie une clinique chirurgicale de mon excellent confrère et ami le docteur Bazy sur le traitement, par le raclage et l'écouvillonnage, de certaines affections chroniques de la vessie. Cette lecture m'a engagé à relater aussi brièvement que possible l'observation d'une opération du même genre faite avant que j'aie eu connaissance de cette clinique.

Cystite très grave avec parois vésicales incrustées de phosphates, traitée par le raclage et l'écouvillonnage; guérison.

Au mois de mars de cette année, se présente dans mon cabinet M. X..., âgé de 60 ans, se plaignant de douleurs siégeant du côté de la vessie. Depuis deux ans, ce malade ne

peut plus uriner sans se sonder : ses urines sont toujours troubles, sanguinolentes, d'une odeur excessivement fétide et nauséabonde.

Du côté des reins peu de douleurs à la pression.

L'état général est celui d'un vieil urinaire prostatique : facies pâle, subictérique.

Même avec la sonde, la vessie est mal vidée, car l'instrument se bouche facilement.

Le toucher rectal et le sondage indiquent une prostate fortement hypertrophiée.

Fièvre de forme intermittente.

Je fais l'exploration vésicale avec la sonde métallique exploratrice de Guyon : vessie d'une grande capacité, à colonnes, à parois épaisses : je constate la présence d'un calcul assez volumineux et dur situé dans le bas-fond. Une deuxième exploration, faite avec un lithotriteur, change le diagnostic : il n'existe pas de calcul, mais une muqueuse considérablement hypertrophiée, recouverte de concrétions phosphatiques ; le bas-fond de la vessie était occupé par un épithélioma.

Je songeai immédiatement à employer comme traitement la taille hypogastrique dont je me déclare un fervent partisan, mais le malade n'ayant pas voulu consentir à cette opération, je dus me résigner à n'employer qu'un raclage avec le lithotriteur ; cependant cette manière d'opérer me faisait craindre d'abord une hémorrhagie vésicale, puis la formation consécutive de caillots sanguins qui, avec les débris épithéliaux enlevés par le grattage, pourraient boucher les yeux de la sonde de l'aspirateur de Guyon.

Il ne fallait pas oublier en outre qu'un grand nombre de calculeux phosphatiques sont atteints de cystite grave caractérisée par des sécrétions purulentes, par la production de mucosités épaisses, adhérentes souvent, difficiles à détacher, etc.

D'autre part, je n'avais pas en mains le nouvel aspirateur de M. Bazy, doué d'une force aspiratrice plus considérable,

ni l'appareil instrumental pour l'écouvillonnage, tel que le décrit ce chirurgien.

Sur l'instance du malade, je me décidai cependant à intervenir. Pendant quelques jours, je fis un traitement préparatoire du canal et des lavages dans la vessie; puis le malade ayant été chloroformé, je procédai au grattage du bas-fond et des côtés de la vessie avec un lithotriteur n° 2, à bec fenêtré, de Reliquet.

Au bout de 20 minutes, je retirai le lithotriteur et je fis des lavages avec de l'eau boriquée chaude; j'employai ensuite l'aspirateur de Guyon.

Tant avec les lavages que par l'aspirateur, je retirai une certaine quantité de concrétions phosphatiques (12 grammes environ après dessèchement), mélangées avec des caillots et des fongosités.

Je laissai la sonde à demeure et je fis par la suite des lavages. Les résultats de cette opération furent heureux : le 20e jour le malade quittait le lit : les urines étaient claires, laissant déposer un peu de pus, mais pas de sang : très légères poussées du côté des reins; l'état général s'améliore de plus en plus, mais le malade était toujours obligé de se sonder pour uriner.

J'engageai le malade à aller faire une station thermale à Lantraki (côté de l'isthme de Corinthe).

Je le revois ce mois-ci (juillet 1889) : il se porte très bien. bon appétit; sondage nécessaire, urines claires, un peu de pus; de temps à autre, lavages à l'acide borique.

En terminant sans commentaires cette observation, je crois cependant pouvoir ajouter qu'il me paraît possible que ce mode de traitement soit appelé à rendre de grands services, dans certaines affections chroniques de la vessie et plus particulièrement dans les cas de fongosités avec incrustations phosphatiques et accompagnées de cystites.

REVUE DE L'EXPOSITION

La Chirurgie des organes génito-urinaires à l'Exposition de 1889.

L'Exposition de 1889 est immense, et cependant l'espace destiné à recevoir les vitrines des fabricants d'instruments de chirurgie est bien restreint. Nos confrères de la presse médicale ont déjà exprimé leurs doléances bien justifiées : inutile donc d'y insister.

Les instruments employés dans la chirurgie des organes génito-urinaires rentrent, les uns dans l'arsenal chirurgical encyclopédique, les autres dans l'arsenal nécessaire au traitement de maladies spéciales :

Occupons-nous d'abord des premiers.

La grande caractéristique de cette exposition chirurgicale est la simplicité dans la forme des instruments et la facilité de leur nettoyage, par suite de leur démontage. Les guillochures, les cannelures qui étaient en honneur il y a quelques années, ont été supprimées : le métal uni, nickelé ou doré, telle est la note dominante dans les vitrines de nos fabricants, aussi bien dans les vitrines françaises que dans les vitrines étrangères. Il fallait obéir à cette grande loi de l'antisepsie qui domine actuellement et à juste titre tout le manuel opératoire.

Je dirai de suite qu'en ce qui concerne les instruments spéciaux destinés aux organes génito-urinaires, il y avait peu à faire pour suivre cette loi, presque tous les instruments ont été construits en métal dès leur origine, ce qui était nécessaire pour répondre aux qualités de résistance et de force inhérentes à leur emploi.

Les modifications ont porté surtout et sur les boîtes contenant les instruments et sur les tables d'opérations.

Les caisses ou boîtes contenant l'outillage nécessaire à la li-

thotritie et à la taille (elles sont nombreuses à l'Exposition) ont été transformées, quant à leur intérieur ; plus de drap, plus de parois capitonnées, mais le bois tout nu ; les coins supprimés : du palissandre simplement ciré. Y a-t-il là véritablement un grand bénéfice antiseptique? c'est peu probable quand l'on est d'avis général, que dans toute opération les instruments doivent être passés avant et après à l'eau phéniquée bouillante. En outre, les instruments supportent mieux le transport quand ils sont maintenus en place par des gaines capitonnées. M. Collin a construit pour mes excellents confrères et amis les docteurs Jamin et Guiard et pour moi une boîte à lithotritie que je regrette de ne pas avoir rencontrée comme modèle, car elle répond à ce que le chirurgien peut demander pour la facilité du transport d'un assez grand nombre d'instruments sous un petit volume.

Les tables aseptiques à opération et de gynécologie sont nombreuses : elles sont éparpillées tant au Champ-de-Mars qu'à l'Esplanade des Invalides : au Champ-de-Mars, dans la section française, on remarque les tables de MM. Collin, Mathieu, Aubry, Mariaud. Dans la section suisse, MM. Julliard et Reverdin ont exposé les tables de leur invention. Dans la section belge, on remarque celle de M. Max. A l'Esplanade des Invalides, M. Dupont nous montre différents spécimens de tables aseptiques et d'appareils pour la gynécologie.

La plupart de ces appareils ont déjà été publiés par leurs auteurs dans des journaux médicaux; il est utile cependant de les décrire succinctement. Le but cherché par tous les inventeurs a été de créer une table facilement nettoyable, où les liquides ne puissent séjourner, permettant le placement des pansements sur le torse et les jambes, et enfin facilitant le transport de l'opéré sur son lit après l'opération.

Les tables pour la gynécologie avaient, en outre, à satisfaire, pour leurs auteurs, à des idées spéciales : meuble peu encombrant dans le cabinet du médecin, aspect peu redoutable pour la malade, enfin, prix pas trop élevé. Il me paraît nécessaire d'étudier de suite cette dernière question. Il était tout naturel, il y a vingt ans, alors que la chirurgie gynécologique était dans l'enfance, que les femmes se soumettaient difficilement à un examen particulier, qu'en un mot le passage au spé-

culum n'était pas encore bien entré dans nos mœurs ; il était tout naturel, dis-je, que les constructeurs s'ingéniassent à résoudre ce problème de meuble attrayant à l'extérieur et ne se faisant laid et effrayant que par un mécanisme spécial. Actuellement, je crois qu'il faut entrer résolument dans la voie tracée par les gynécologues d'Allemagne et d'Autriche. Ce qu'on doit chercher avant tout, dans une table gynécologique, c'est un appareil qui convienne au but à atteindre et soit d'un maniement facile. Tous les fauteuils-spéculums français sont en bois : ceux d'Allemagne et d'Autriche sont en fer, ce qui les rend plus légers et d'un prix très modique : les genoux sont soutenus par des sous-cuisses. La hauteur moyenne des tables françaises est de $0^m,80$, hauteur trop basse pour l'opérateur à moins qu'il ne soit assis. Les fauteuils d'exploration de Weit, de Schrœder, etc., sont disposés de telle sorte que la vulve de la patiente soit à hauteur du coude de l'opérateur. Le seul inconvénient de ces derniers appareils, c'est qu'ils ne fardent pas la vérité : ils n'ont ni la forme de canapé, ni la forme de fauteuils Voltaire ; leur destination est bien franche.

Il faut espérer que les fabricants français, qui sont si habiles, acceptant définitivement ces idées, créeront des modèles qui atteindront la perfection. D'ailleurs, le pas se franchira très facilement si l'on examine les modèles exposés.

M. Max, médecin de l'hospice des Enfants assistés de Bruxelles, a exposé un meuble spéculum, dans la section belge, meuble peu encombrant et d'un prix très modeste. Quand ce meuble est fermé, il représente une table de $0^m,80$ de hauteur ; la tablette a $0^m,60$ de largeur et $0^m,52$ de profondeur ; les pieds de devant de la table sont cachés par un volet rabattu qui forme le dossier quand l'appareil est ouvert. Entre les pieds de la table, une tablette à $0^m,48$ du sol pour le dépôt des instruments, du pansement, etc. Lorsque le meuble est déployé, il a la forme d'une table de $1^m,12$ de long ; on accède sur cette table par un escalier à deux marches ; chaque marche contient un tiroir ; des pédales pour les pieds se tirent au moment voulu.

M. Aubry expose une table de M. Nicolétis pour opération gynécologique. Cette table est surtout remarquable en ce sens qu'elle a pour but d'économiser les aides : la femme étant placée, le vagin est dilaté par trois valves, une inférieure et

deux à inclinaisons latéro-supérieures. Les valves sont maintenues par des moyens qui permettent toutes les inclinaisons. J'avoue que, sous ce dernier rapport, je préférerais peut-être l'appareil spécial à contrepoids qui a été inventé et publié derniè-

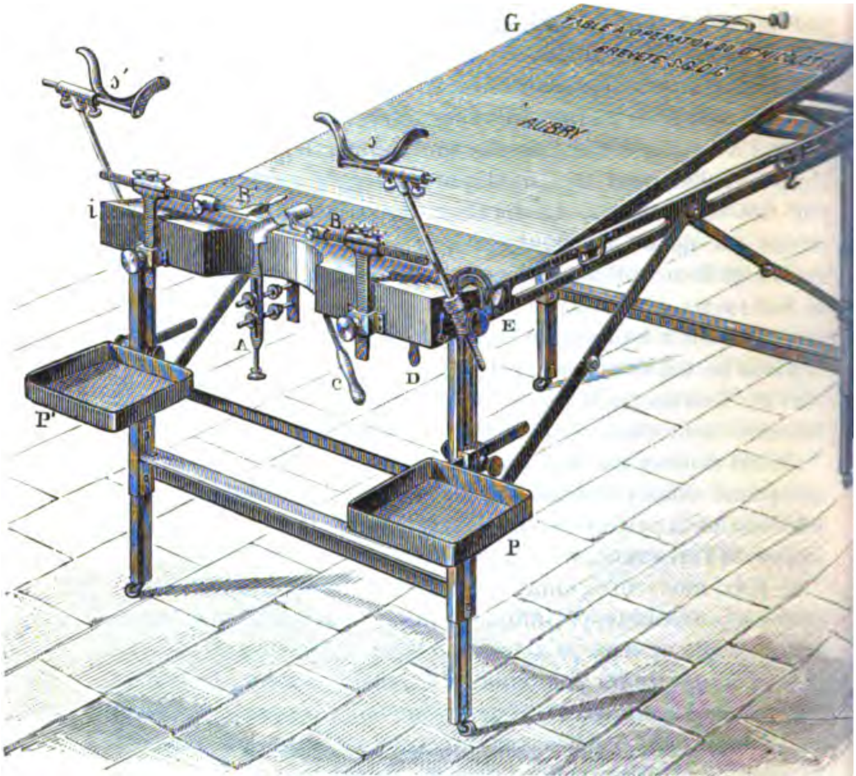


Table gynécologique du Dr Nicoletis.

rement par le docteur Nitot et que j'ai regretté de ne pas voir exposé. Les valves maintenues par des supports élastiques me paraissent moins dangereuses que les valves fixes, surtout quand la patiente est à l'état de veille. La table de M. Nicoletis est entièrement métallique et chauffée par l'eau chaude ou la vapeur d'eau, au moyen de tubes de circulation.

M. Collin a construit une table formée de quatre plaques mé-

talliques montées sur une table en bois, pour la tête et le tronc. Les jambes sont soutenues par des gouttières également en métal : les plaques peuvent s'abaisser séparément et permettent ainsi de passer les bandes autour de la région opérée. M. le professeur Guyon a modifié la partie de la table où s'appuie le tronc : au lieu des plaques métalliques, il fait mettre quatre boîtes métalliques de $0^m,15$ à $0^m,20$ pouvant recevoir des boules d'eau chaude ; la boîte en s'enlevant permet le passage de la bande.

M. Mathieu, sur les indications de M. Poupinel, a construit une table d'opération qui comprend : 1° Un × en fer nickelé faisant pied, dont les branches peuvent s'allonger ou se raccourcir suivant que le chirurgien doit opérer debout ou assis. 2° La table est formée d'une planche métallique à trous, ressemblant à une planche à bouteilles, dont les trous seraient petits et rapprochés ; cette planche est encadrée par une grosse tige métallique ; on ajoute des valves pour les jambes. Cette planche métallique permet de transporter le malade sur un lit après l'opération.

M. Mariaud a exposé une très jolie table portative à peu près du même système que le précédent : les pieds sont droits, tout est en métal et à articulations. Cependant les pansements avec bandages sont moins commodes à faire.

Les tables de MM. Julliard et Reverdin sont trop connues pour en faire la description. La table de M. Julliard se compose d'une cuvette en zinc percée de trous, par où s'écoule le liquide qui est recueilli par quatre plans inclinés. Celle de M. Reverdin est en verre très fort.

M. Dupont a aussi adopté la table à dessus en verre : la figure ci-jointe suffit pour en expliquer le mécanisme.

Les instruments nouveaux spéciaux pour le traitement des maladies des organes génito-urinaires sont peu nombreux : les lithotriteurs sont les mêmes qu'il y a quelques années, comme mors et comme pignons. M. Mathieu remplace le levier de Collin qui met en mouvement l'écrou brisé par un autre qui agit par simple pression. Les pignons sont soit à roue métallique, soit à boule en bois (Bigelow). Les pignons en bois me paraissent appelés à remplacer la roue quand le chirurgien n'a pas beaucoup de force dans la main : il y a des cas où l'empâtement

des mors résiste au marteau et nécessite un écrasement qui n'est obtenu que par une forte pression pour faire tourner la vis.

La taille périnéale n'a pas donné lieu à un appareil nouveau. Quant à la taille hypogastrique, les nouveaux instruments inventés par MM. Guyon, Bazy, Hartmann, etc., ont été

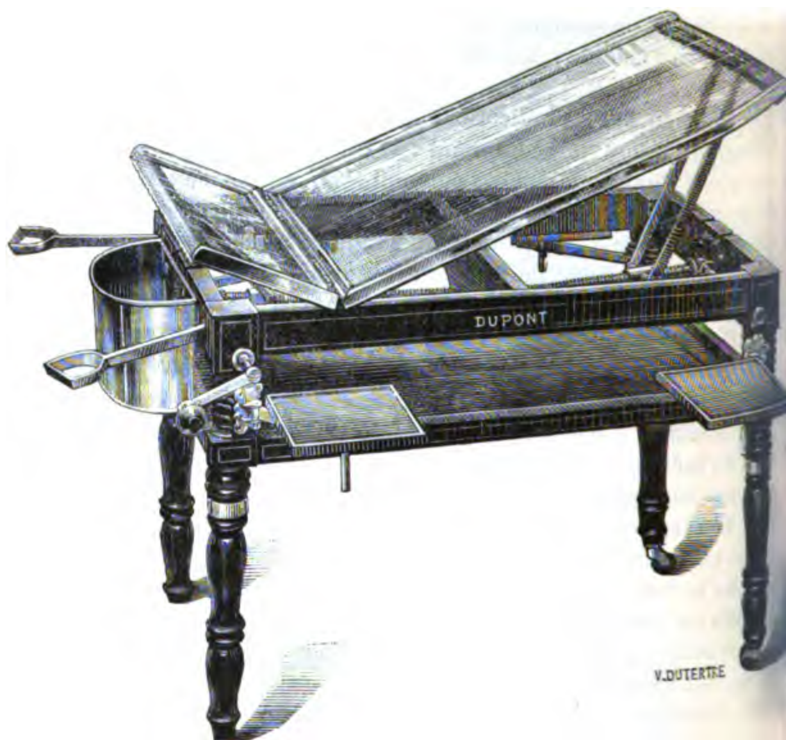
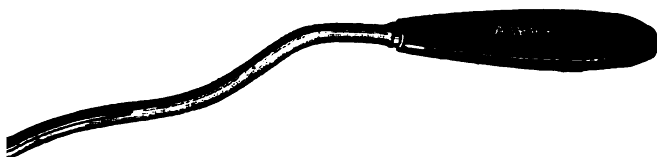


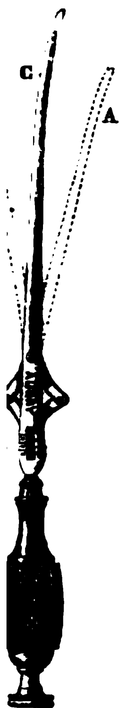
Table aseptique de M. Dupont.

exécutés en partie par M. Aubry. On en trouvera un spécimen complet dans la vitrine de l'hôpital Necker au Pavillon de la préfecture de la Seine. Il consiste surtout en curettes de différents modèles, lampe électrique, etc.

La maison Favre expose un aspirateur de graviers après la lithotritie, fait d'après les indications de MM. les docteurs Famegros et Durand.



Cathéter fenêtré pour la taille vaginale, du Dr Hartmann (Aubry).



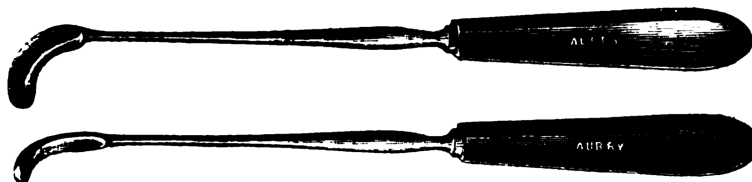
›tome double,
ı levier, d'Au



Lampe électrique d'Aubry, pour l'éclairage de la vessie dans la taille hypogastrique.



Dilatateur uréthral rétrograde du Dr Caraffi (Aubry).



Curettes du professeur Guyon pour le grattage de la vessie (Aubry).

M. Collin a fabriqué pour M. Bazy, et sur les indications de notre confrère, un aspirateur plus puissant que ceux en usage.

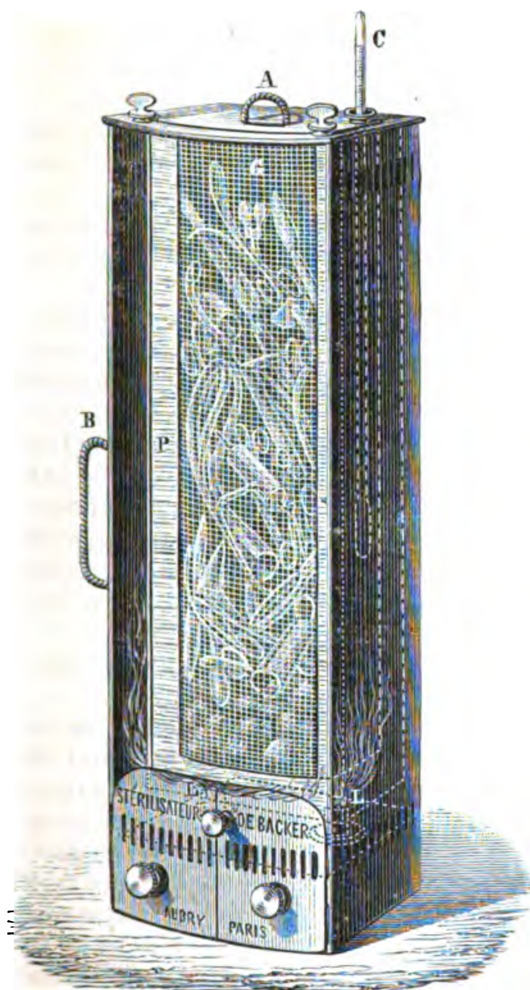
Cet éminent fabricant expose, en outre, un crochet d'un nouveau genre pour retirer les épingles de la vessie; un instrument pour la recherche des corps étrangers assez ingénieux : dès que le corps se place entre les branches de l'instrument, un mouvement d'horlogerie, situé dans le manche, se met en mouvement. Dans cette même vitrine, on remarque une série de sondes intra-utérines, un dilatateur utérin, une nouvelle pince de Museux. La nouvelle articulation à tenon, imaginée par M. Collin, est actuellement connue de tous les chirurgiens et a mérité leurs éloges.

M. Mathieu a aussi inventé une nouvelle articulation des instruments à deux branches; d'ailleurs tous les fabricants cherchent à résoudre le problème de faire des instruments solides en main tout en étant facilement démontables pour devenir aseptiques. Signalons, dans la vitrine de M. Mathieu, les bougies de Hégar pour dilatation du col de la matrice, en métal nickelé. Une nouvelle aiguille de Reverdin : c'est une combinaison de l'aiguille de notre excellent confrère avec l'ancien chasse-fil de Mathieu père. Généralement les manches des bistouris en métal sont vissés à la lame par une vis forcée; M. Mathieu emploie dans ce cas la soudure forte.

M. Luër a, dans son exposition, deux instruments spéciaux qui me paraissent mériter de l'intérêt :

1° L'appareil du docteur J.-P. Hamonic pour insufflations de vapeur d'iode dans l'urèthre. Cet appareil se compose : 1° d'une sonde creuse à l'intérieur de laquelle s'introduit un tube destiné au passage de la vapeur insufflée. Cette vapeur, après avoir pénétré dans l'urèthre par un orifice circulaire pratiqué à l'extrémité de la sonde, trouve une issue dans l'espace ménagé libre entre les deux parois concentriques et de diamètres sensiblement différents de la sonde et du tube. 2° D'un ballon de verre à trois tubulures. A la première de ces tubulures s'adapte le tube intérieur de la sonde ; par la deuxième, on introduit dans le ballon l'iode métallique ; sur la troisième enfin, après avoir sublimé l'iode en approchant le ballon d'une lampe à alcool, on applique un appareil à soufflerie (double boule de caoutchouc), dont la mise en activité est le terme de l'opération.

N. B. — La sonde, étant graduée extérieurement, permet de pratiquer exactement les insufflations sur les points déterminés



Etuve stérilisatrice du Dr deBacker (Aubry).



Uréthrotome-dilatateur de Filden-Brown (Lüer.)

au préalable par l'opérateur. Celui-ci maintient l'appareil en place en passant un doigt dans l'anneau établi à cet effet.

2° L'uréthrotome-dilatateur de Filden-Brown. — Cet appareil

à double effet est muni sur son manche d'un cadran gradué sur lequel une aiguille indique, par une marche solidaire avec l'écartement des branches, le degré de dilatation exercée par le moyen d'un bouton situé à l'extrémité du manche.

La graduation du cadran s'étend du n° 20 au n° 40 de la filière française.

Dans une des deux branches (celle placée du côté du cadran), est cachée une lame d'uréthrotome, dont la saillie est provoquée et calculée à l'aide d'une glissière.

Pour terminer ce qui est relatif aux appareils chirurgicaux métalliques, signalons les étuves pour stériliser les instruments et les plats métalliques aussi destinés à contenir les instruments dans une solution antiseptique au moment de l'opération. Le visiteur en trouvera des spécimens, soit dans le Pavillon de la Ville de Paris, classe des hôpitaux, ou au premier étage du bâtiment des Arts libéraux, section de chimie, etc.

Il me reste à dire quelques mots des instruments qui jouent un grand rôle dans la chirurgie des voies urinaires; je veux parler des instruments en gomme. Ce que les chirurgiens ont toujours demandé, ce sont des sondes qui ne se détériorent pas ou se détériorent le moins possible, soit par leur séjour dans le canal, soit par leur contact mutuel dans la saison chaude. Un nouveau facteur est venu encore exercer la sagacité des fabricants, c'est, par suite de l'antisepsie, la possibilité de laisser les sondes dans des solutions antiseptiques avant d'en faire usage.

Quand on y réfléchit, le problème ne renferme qu'une inconnue. En effet, une sonde se compose de deux parties principales et distinctes : une trame de soie qui est le squelette de la sonde, et un enduit spécial. La trame de soie remplit toutes les conditions de durée dans les liquides antiseptiques; il suffit pour s'en convaincre de se rappeler que la soie qui sert aux ligatures reste à demeure dans les liquides chargés de lui conserver ses propriétés aseptiques. C'est du côté de l'enduit que les fabricants doivent tourner leurs efforts. De grands progrès ont déjà été réalisés, et M. Vergne cite avec une complaisance très légitime le cas d'un malade qui, par incurie, laissa séjourner, pendant trois mois et demi dans son canal, une sonde sortant de ses magasins, sonde qui put néanmoins être retirée par M. Guyon, à l'hôpital Necker, absolument intacte au point de vue de la solidité.

Puisque je parle de sondes fabriquées par M. Vergne, je citerai, comme articles récents exposés dans sa vitrine : 1° des sondes en gomme sans cul-de-sac. Ces nouvelles sondes, à bout olivaire, ont l'avantage d'avoir le bout plein et par conséquent facile à nettoyer. Le bord le plus rapproché du bec, au lieu d'être coupé en angle droit comme à l'ordinaire, est formé par un plan incliné qui permet l'écoulement complet du liquide et facilite le nettoyage de l'œil de la sonde. Elles se font de toutes les formes et de toutes les dimensions. 2° Des sondes à yeux multiples tissés, pour laisser à demeure dans la vessie après hémorrhagies ou dans le catharre vésical. 3° Des bougies filiformes à extrémité souple, pour rétrécissement très difficile à franchir, bougies inventées par le docteur Bazy et décrites dans un des derniers numéros des *Annales*. Je n'ai eu qu'à me louer de ces instruments filiformes qui ont une résistance assez grande tout en évitont de faire des fausses routes. 4° Enfin, pour terminer, des sondes utérines à double courant sur les indications du docteur Porak.

Il est regrettable que les fabricants étrangers n'aient pas cru devoir participer plus largement à l'Exposition. Il y a toujours un grand intérêt pour le chirurgien à connaître tous les instruments employés dans une opération déterminée, et s'il est permis de conclure par une opinion qui est peut-être un rêve, il serait à désirer qu'il se fît une exposition internationale chirurgicale, où les instruments seraient classés, non par fabricants, mais par spécialité d'organes à opérer. Chacun pourrait ainsi, sans perdre de temps et avec beaucoup de profit, se rendre compte des avantages et des inconvénients des différents instruments préconisés pour une même opération, et des perfectionnements que l'on pourrait y apporter.

Dr Delefosse.

REVUE DES JOURNAUX

PRESSE FRANÇAISE

1° Des tumeurs polypoïdes papillaires de l'urèthre chez la femme, par le docteur Schwartz (*Semaine médicale*, 5 juin 1889). — A propos de trois malades qu'il a eu l'occasion d'observer dernièrement dans son service à l'hôpital Beaujon, M. Schwartz reprend, dans cette leçon, toute l'histoire anatomo-clinique et chirurgicale des tumeurs polypoïdes papillaires de l'urèthre chez la femme.

Après avoir rappelé que les polypes uréthraux sont exclusivement propres au sexe féminin, l'auteur trace un rapide historique de la question et des diverses opinions émises sur la véritable nature de ces tumeurs, successivement décrites par les chirurgiens sous les noms de tumeurs vasculaires (Clarke), de fongosités (Boyer, Gerdy, Blandin), de polypes (Velpeau), de tumeurs papillaires (Verneuil), de papillômes douloureux (A. Guérin), d'hémorrhoïdes uréthrales (Richet, Dupin). Il cite, à ce propos, avec les indications bibliographiques, les travaux récents de Garnier-Mouton, de Weissberger, de Terrillon, de Trélat, de Bouloumié, de Bouilly, d'Emmet, et enfin la thèse de Jondeau (1888) et le mémoire de Troquart (de Bordeaux). M. Schwartz admet, avec ces différents auteurs, que les tumeurs bénignes de l'urèthre sont tantôt vasculaires, tantôt glandulaires, ou de simples hypertrophies de la muqueuse, mais que le papillôme est la variété anatomique le plus fréquemment observée.

Ces papillômes peuvent se rencontrer à tous les âges, mais surtout dans la période moyenne de la vie et aux environs de la ménopause, toutes les causes d'excitation et de congestion de la région, la blennorrhagie notamment (Schützenberger, A. Guérin), favorisant leur apparition.

Puis, M. Schwartz aborde la description anatomo-patholo-

gique et clinique de ces petites tumeurs du méat, et il insiste en particulier sur les phénomènes extraordinairement douloureux qu'elles déterminent souvent et qui forcent les malades à réclamer une intervention chirurgicale. Il faut noter aussi les troubles de la miction, dus soit à une obstruction du canal, soit à une contraction spasmodique réflexe du col vésical.

Situées ordinairement près du méat, ces productions sont facilement reconnaissables à première vue et dans tous leurs détails ; cependant, quelquefois, il faut entr'ouvrir l'urèthre à l'aide d'un petit spéculum bivalve. Quant au diagnostic différentiel, il n'est fait la plupart du temps que par l'examen microscopique, lequel a montré plusieurs fois la transformation épithéliomateuse d'un simple papillôme, ce qui assombrit notablement le pronostic.

L'ablation de ces papillômes uréthraux ne nécessite jamais, d'après M. Schwartz, l'incision du canal sur sa paroi inférieure qu'a préconisée Emmet, sauf quand la tumeur est située très profondément dans l'urèthre. Généralement, après avoir anesthésié la muqueuse à l'aide de la cocaïne, on attire le bourgeon charnu avec une pince à griffes et on l'enlève largement d'un coup de ciseaux courbes ainsi que la portion de muqueuse sur laquelle il s'implante. La petite hémorrhagie qui suit est facilement arrêtée par la compression. On touche ensuite le point excisé avec la pointe rougie du thermocautère, en ayant soin de protéger les parois uréthrales. Le pansement consiste en applications de compresses boriquées froides et, suivant les cas, on place ou non une sonde à demeure.

2° Raclage et écouvillonnage de la vessie comme traitement de certaines affections chroniques de cet organe, par le docteur P. Bazy (*Semaine médicale*, 26 juin 1889). — M. Bazy a pratiqué avec succès à plusieurs reprises et préconisé cette opération contre les vieilles cystites, caractérisées par la production abondante de sécrétions purulentes et de mucosités épaisses, adhérentes, et difficiles à détacher des parois, comme on en observe principalement chez les calculeux phosphatiques, même après le débarras complet de la vessie par la lithotritie. Cette manœuvre conviendrait aussi, d'après son promoteur, à quelques tumeurs papillomateuses, diffuses ou non, à forme

hémorrhagique, que l'âge du sujet empêche d'enlever par la cystotomie hypogastrique, et M. Bazy cite un cas personnel de ce genre tout à fait concluant. Néanmoins, quand la tumeur est petite et récente, l'auteur préfère l'ablation par la voie sus-pubienne, alors même que le siège aurait été exactement précisé par la cystoscopie ; car, suivant lui, le seul moyen de procurer une guérison durable est de pratiquer une extirpation aussi radicale que possible et comprenant, non seulement le néoplasme, mais la portion de muqueuse et même de musculeuse sur laquelle il s'implante.

Le raclage ou grattage de la muqueuse vésicale n'exige pas d'instruments spéciaux : il s'exécute avec le lithotriteur fenêtré dont on entr'ouvre les mors de 1 centimètre environ et qu'on promène ainsi ouvert sur le bas-fond, les parois latérales, postérieure et supérieure de la vessie.

Pour pratiquer ce grattage, M. Bazy avait songé aussi à utiliser la sonde évacuatrice de Nélaton, terminée à son extrémité vésicale par une cuillère allongée, analogue à la curette utérine de Récamier. Grâce à un mandrin articulé, qui va jusqu'à l'extrémité, le bec de cette sonde a une forme cylindrique qui favorise et permet son introduction sans léser le canal. Mais, une fois dans la vessie, il suffit de retirer le mandrin pour avoir une vraie curette dont les bords pourront servir à racler la paroi vésicale ; en laissant le mandrin dans la sonde, on empêche le liquide contenu dans la vessie de s'écouler.

Quant à l'écouvillonnage, il se fait à l'aide d'une sonde à petite courbure, présentant à son extrémité vésicale deux yeux très larges, par lesquels sortent les crins d'un écouvillon qu'on peut ainsi promener dans la vessie : un mécanisme très simple s'oppose à l'issue de l'urine pendant qu'on pratique l'écouvillonnage.

De ces deux opérations (raclage et écouvillonnage), M. Bazy publie plusieurs observations fort intéressantes. Ajoutons que ce chirurgien a également imaginé un aspirateur, dont il se sert toujours maintenant et dans lequel la puissance aspiratrice est constamment à son maximum. La grille, située entre la poire de caoutchouc et le réservoir en verre, qui était souvent obstruée par les mucosités, est supprimée dans cet instrument : par contre, il existe un tube d'aspiration et un autre de refou-

lement, avec un petit jeu de soupapes très simple et très maniable.

3° Restauration autoplastique de certains rétrécissements cicatriciels de l'urèthre, par le docteur Delorme (*Gaz. des hôp.*, 15 juin 1889). — Chez un malade, porteur d'un rétrécissement traumatique fort ancien, et auquel on avait pratiqué inutilement en quinze ans deux fois l'électrolyse, deux fois l'uréthrotomie interne, deux fois la divulsion et une fois l'uréthrotomie externe, sans compter les tentatives multiples de dilatation temporaire ou permanente amenant chaque fois des orchites, M. Delorme a voulu, dans une dernière intervention, inciser l'urèthre en empêchant ses deux parois de se réunir directement. Pour cela, il n'avait à sa disposition qu'une ressource : interposer entre elles une surface de tissus assez épaisse et constituée de telle sorte qu'elle ne pût se transformer, au moins en presque totalité, en tissu dur et rétractile. En un mot, il fallait combiner l'uréthrotomie externe et l'autoplastie uréthrale.

Pour mettre à exécution ce projet, le chirurgien, après avoir introduit et fait tenir fixement dans l'urèthre le conducteur cannelé de l'uréthrotome Maisonneuve, tailla et disséqua, à 1 centimètre en avant de l'anus, un lambeau rectangulaire de 8 centimètres sur 4, dont la base répondait au côté droit du périnée, à un travers de doigt de la ligne médiane. Puis, on fit une uréthrotomie externe sur conducteur. La région membraneuse et une partie de la prostate ayant été incisées et l'hémostase pratiquée, on procéda à l'adaptation du lambeau en repliant, en doublant son extrémité dans l'étendue de 3 centimètres, de façon à accoler les surfaces épidermiques. Des sutures au catgut (trois de chaque côté) réunirent les bords des parties doublées, de manière à renverser un peu ces bords pour qu'ils se correspondent par leur surface cruentée. Quand on eut obtenu un lambeau formant comme l'extrémité d'un doigt de gant à surface cruentée extérieure, une anse de fil d'argent fut passée à travers l'épaisseur de l'urèthre à la limite antérieure et postérieure de chaque bord uréthral : cette anse traversait donc chacun des bords antérieur et postérieur du lambeau doublé et chacune des parois de celui-ci était assujettie isolément à une paroi uréthrale.

Restait à combler la perte de substance laissée par la dissection; une incision longitudinale à la limite externe de la surface cruentée de cette perte de substance permit le rapprochement des bords de la peau, qui furent suturés au crin de Florence. De même, les bords du lambeau replié furent suturés à la peau voisine, et, comme résultat immédiat, on obtint un infundibulum placé au-devant de l'anus et séparé de lui par un canal conduisant à travers la partie antérieure de la prostate jusque dans la vessie. Une soude en caoutchouc rouge fut introduite et fixée dans le canal prostatique. Pansement antiseptique compressif.

Tout se passa bien jusqu'au cinquième jour : à ce moment, par suite des mouvements de l'opéré, le tube-siphon uréthral se déplaça et le pansement fut souillé d'urine ; celle-ci d'ailleurs passa aussi par le canal. Dès lors, le lambeau commença à suppurer d'abord, à se sphacéler, puis il s'élimina dans sa partie repliée. A la suite de ces incidents, le malade se trouvait à peu près dans les mêmes conditions que s'il avait subi l'uréthrotomie externe, avec cette différence avantageuse pour lui que toute une paroi du canal périnéal était tapissée d'une couche épidermique, ce qui allait amener la formation d'un raphé moins résistant et diminuer d'autant la hauteur et la rétractilité de la cicatrice. La surface cruentée, qui était en contact avec la surface épidermique du lambeau, s'est cicatrisée isolément. Actuellement, on passe aisément la bougie n° 18 (filière Charrière).

En terminant, M. Delorme exprime le regret : 1° de n'avoir pas dévié le cours de l'urine par un tube-siphon hypogastrique : 2° de n'avoir pas assez multiplié les points de suture du lambeau : 3° de n'avoir pas, en raison des anciennes cicatrices parcourant le lambeau cutané, taillé deux lambeaux à base externe dont on attendrait l'accolement au canal périnéal avant de les réunir sur la ligne médiane. Ces lambeaux, moins étendus et non repliés, seraient d'une reprise plus facile.

4° Orchite paludéenne primitive comme manifestation hative de l'impaludisme, par le docteur Malinas, médecin-major (*Arch. de méd. et de pharm. militaires*, mai 1889). — Dans toutes les observations publiées jusqu'à présent, l'orchite paludéenne ne

s'était montrée que chez des sujets en puissance évidente de malaria, au cours de manifestations fébriles de cette maladie, soit chez d'anciens paludéens, soit chez de récents impaludés. Le cas de M. Malinas diffère des précédents, en ce sens que le jeune soldat, zouave en Tunisie, dont l'observation est rapportée, n'avait jamais eu de fièvres intermittentes, quand il a été pris d'orchite, sans cause aucune. L'inflammation épididymo-testiculaire présenta plusieurs poussées ou rechutes, qui toutes cédèrent rapidement au sulfate de quinine, ainsi que les accès de fièvre qui les accompagnaient.

5° Du traitement des vaginalites, par le docteur Ozenne (*Gaz. des hôp.*, 22 juin 1889). — Nous ne ferons que signaler cette intéressante revue générale sur le traitement des vaginalites, que M. Ozenne divise en vaginalites *aiguës* (séreuses, plastiques et suppurées) et *chroniques*, ces dernières comprenant la vaginalite séreuse ou hydrocèle et la pachyvaginalite de Reclus.

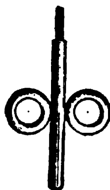
Contre les vaginalites aiguës, l'auteur propose le traitement antiphlogistique classique, constitué par des applications émollientes, le relèvement et l'immobilisation des bourses, bains, purgations, sangsues sur le cordon, puis la ponction de la vaginale enflammée; et, enfin le suspensoir ouaté et imperméable à l'aide de l'appareil de Horand (de Lyon). En cas de suppuration, il faut se hâter d'inciser largement la séreuse avec les lavages antiseptiques de rigueur, répétés fréquemment.

L'hydrocèle ou vaginalite chronique séreuse doit être combattue chez les enfants par des applications astringentes qui suffisent souvent. Chez l'adulte, c'est soit la ponction suivie de cautérisation ou mieux d'injections irritantes (chlorure de zinc, acide phénique, teinture d'iode, etc.), dont l'auteur étudie très complètement les effets, les accidents et les résultats, soit l'incision antiseptique, celle-ci étant seule applicable aux pachyvaginalites.

6° Ajutage fixateur de la bougie armée de l'uréthrotome de Maisonneuve, par M. Marcel Baudouin, interne des hôpitaux (*Progrès médical*, 15 juin 1889). — Quand, avant de faire l'uréthrotomie interne à l'aide de l'instrument de Maisonneuve, on veut fixer quelque temps à demeure la bougie conductrice du cathé-

ter porte-lame, on est obligé de faire avec un fort fil de coton une petite constriction qui présente un gros inconvénient. On doit en effet assujettir la bougie conductrice à l'aide de ce coton en faisant au-dessous de son armature un ou plusieurs nœuds, quel que soit le procédé de fixation employé. Au moment de l'opération, pour rendre à la bougie sa mobilité, il faut avec des ciseaux couper au ras de la tige gommée les nœuds fort serrés du fil de coton. C'est alors qu'on peut, même en prenant les plus minutieuses précautions, entamer la petite bougie et la sectionner en partie sans s'en apercevoir. Si par oubli on ne vérifie pas avec grand soin son état, avant de l'introduire et de la replier dans la vessie avec le petit cathéter cannelé, elle peut se rompre pendant l'opération. Cet accident, dont on voit de suite les conséquences, est arrivé plusieurs fois.

C'est pour éviter cet inconvénient réel et souvent possible que M. Baudouin a fait construire un petit ajutage dont il serait bon de pourvoir désormais les boîtes d'uréthrotome Maisonneuve. Cet ajutage consiste en une légère pièce métallique constituée par une petite tige qui représente exactement l'extrémité inférieure du conducteur droit de la sonde à bout coupé. Elle est donc munie à l'une de ses extrémités d'un pas de vis, destiné à s'engager dans l'armature de la petite bougie souple et à y fixer l'ajutage, qui, sur ses parties latérales, porte aux deux extrémités d'un même diamètre, à sa partie moyenne environ, deux petits anneaux métalliques. Ces derniers sont situés dans un plan vertical et comparables, toute proportion gardée, à ceux qui se trouvent placés près du pavillon des sondes métalliques ordinaires.



Cette pièce étant solidement vissée dans le talon de la bougie, il suffit, pour fixer cette dernière, de faire passer les deux fils de coton par ces deux anneaux et d'y faire les nœuds. En coupant les fils et en dévissant la petite tige, on rend à la bougie conductrice toute sa liberté. Un autre avantage de cet ajutage supplémentaire n'est pas à dédaigner. Il obture la cavité du talon de la bougie pendant que celle-ci est à demeure et empêche les rainures du pas de vis et cette cavité de se remplir des détritus provenant du passage de l'urine sur cette armature.

L'ajutage de M. Baudouin a quelque analogie avec la petite

pièce métallique qu'on adapte à la bougie flexible se vissant sur les cathéters coniques que le professeur Lefort emploie pour la dilatation immédiate et progressive des rétrécissements. M. Baudouin déclare n'avoir pas vu la plaquette de Lefort lorsqu'il a imaginé la sienne, qui paraît d'un maniement plus commode en raison de ses dimensions plus grandes et de sa forme, d'une construction plus simple et plus facile à nettoyer.

7° Cas d'anurie calculeuse, par le docteur Pousson (de Bordeaux) (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 19-26 mai 1889). — Un homme de 58 ans, arthritique, après avoir eu en mai 1884 et en novembre 1885 deux crises de colique néphrétique bien caractérisées, rend pendant trois ans du sable en grande abondance dans l'urine. En octobre 1888, surviennent des hématuries intermittentes avec douleurs vives au périnée, dans la verge et au méat sans la moindre manifestation du côté des reins. Cependant, les urines sont rendues en quantité normale, lorsque tout à coup, à la suite d'une promenade en voiture, la fonction urinaire se supprime presque complètement et le malade, malgré toutes les médications diurétiques en usage, n'arrive plus à expulser que quelques cuillerées d'urine sanguinolente jusqu'à sa mort qui survient le dixième jour. Ajoutons que le cathétérisme avait été pratiqué à différentes reprises depuis le début des accidents et qu'il avait démontré que la vessie contenait seulement une infiniment petite quantité d'urine et aucun corps étranger.

Après avoir exposé pourquoi il n'est pas intervenu chirurgicalement dans ce cas d'anurie calculeuse survenu brusquement sans le moindre phénomène permettant de soupçonner de quel côté siégeait l'obstruction uretéro-rénale, M. Pousson profite de ce fait pour rechercher et résumer les divers procédés de diagnostic et de thérapeutique chirurgicale qui sont actuellement, en pareil cas, à la disposition du praticien.

Pour constater le siège du calcul obturateur, il y a, dit M. Pousson, deux ordres de moyens : 1° ceux qui ne réclament aucune intervention sanglante ; 2° ceux qui exigent tout au moins une incision préalable.

Parmi les premiers, le chirurgien de Bordeaux examine successivement la *palpation des uretères à travers la paroi abdomi-*

nale, ordinairement pratiquée sous chloroforme, la *palpation intra-pelvienne* par l'intermédiaire d'un des viscères de la région (rectum ou vagin), le *cathétérisme des uretères*, et enfin le singulier procédé par lequel Harrison est parvenu deux fois à dilater et à désobstruer les uretères en foulant du liquide dans la vessie.

Au nombre des moyens sanglants, M. Pousson range et étudie : 1° la *cystotomie*, soit par le vagin, soit plutôt par l'hypogastre, permettant de voir l'embouchure des uretères, de cathétériser ces conduits et parfois même, à l'aide d'un léger débridement, de les débarrasser de leur bouchon calculeux; 2° la *laparotomie* sur la ligne médiane, intervention aussi défectueuse au point de vue diagnostique qu'au point de vue thérapeutique; 3° l'*incision lombaire* uni ou bi-latérale, suivie ou non de l'incision et même du cathétérisme rétrograde de l'uretère: et 4° enfin la *laparotomie latérale*, c'est-à-dire l'incision verticale faite dans le flanc même et descendant en se recourbant vers la fosse iliaque, comme si l'on voulait pratiquer la ligature de l'iliaque primitive ou de l'aorte. Ce serait là, d'après M. Pousson, la véritable incision exploratrice de l'uretère, en ce sens qu'elle permet d'arriver et d'agir sur cet organe en décollant le péritoine : en outre, l'exploration de ce conduit peut se faire ainsi depuis son embouchure dans la vessie jusqu'au bassinet, tandis que, avec les autres procédés, on n'atteint que sa moitié, soit supérieure, soit inférieure. A l'appui de cette manière de voir, M. Pousson reproduit une intéressante observation d'un chirurgien anglais, Kirkham, qui dernièrement a procédé de cette façon avec le plus grand succès.

D[r] Robert JAMIN.

PRESSE ALLEMANDE

Dix-huitième Congrès des chirurgiens allemands (d'après le compte rendu du *Centralblatt für Chirurgie*, supplément au n° 29, 20 juillet 1889, p. 78 et suivantes).

1° PRODUCTION ARTIFICIELLE DE CALCULS URINAIRES, par MM. EBSTEIN et NICOLAÏER (de Gœttingue). (Résultats annoncés au Congrès

par Kœnig.) — Les auteurs ont réussi à produire des calculs urinaires chez des chiens nourris d'oxamide pure, dérivé ammoniacal de l'acide oxalique. Les plus gros de ces calculs occupent le bassinet; les petits, sable et graviers, sont disséminés dans tout l'appareil urinaire. Les plus gros ont une surface rude, verruqueuse. Leur couleur est d'un gris jaunâtre et non blanche comme celle de l'oxamide ingérée. Ils sont formés d'oxamide en couches concentriques, mélangée à une substance organique albumineuse. (La même communication a été faite au *Congrès de médecine interne.*)

2° TAILLE HYPOGASTRIQUE, par M. KŒNIG. — L'auteur fait voir la vessie d'un homme mort de pneumonie, 14 jours après une taille hypogastrique avec suture de la vessie. La cicatrice est déjà à peine visible.

3° RÉSECTION PARTIELLE DE LA SYMPHYSE PUBIENNE, par HELFERICH. — Nous avons déjà résumé le travail publié l'an dernier par cet auteur. Au Congrès actuel, il présente un malade auquel il a enlevé par cette voie, il y a de cela 15 mois, un *carcinome infiltré de la muqueuse vésicale.* L'homme est en excellent état et sa solidité pelvienne n'est en rien compromise. Le cystoscope démontre que la cicatrice vésicale est absolument saine. Helferich ajoute qu'il est tout à fait partisan de la suture après la taille hypogastrique.

4° EXTIRPATION DES TUMEURS MALIGNES DE LA PROSTATE, par M. A. STEIN (de Stuttgart). — Les opérations de ce genre sont rares car : 1° les tumeurs sont rares; 2° l'acte chirurgical est grave; 3° on ne pose pas souvent un diagnostic assez précoce pour que l'on ait quelque chance d'obtenir la cure définitive. Thompson cite la statistique de Tanchou : 5 cancers prostatiques sur 8 229. Celle de Winivarter en donne 1 pour 548 (dont 290 sur l'homme). Et cependant, dans ces 8 dernières années, on a observé, à la clinique de Heidelberg, 6 cas certains de carcinome ou de sarcome primitifs de la vessie; d'assez nombreuses observations sont réunies dans les travaux récents de Kapuche, d'Engelbach. Bien évidemment, l'extirpation est seule susceptible de donner un résultat définitif. Elle a été pratiquée

pour la première fois par Küchler (de Darmstadt). Billroth a enlevé à un homme de 30 ans un carcinome prostatique ulcéré dans la vessie : mort 14 mois après, de récidive. Le même chirurgien, sur un homme de 56 ans, a enregistré ensuite une péritonite mortelle en 4 jours. On peut citer deux opérations où Demarquay, enlevant un cancer du rectum, a extirpé une fois partie, une fois totalité de la prostate. Spanton a tenté l'ablation d'un sarcome prostatique : il a dû s'arrêter en chemin et, le lendemain, l'opéré mourait dans le collapsus. Helferich a réséqué un noyau isolé par la boutonnière périnéale : mort de récidive en 14 mois. Leisrink a enlevé un sarcome gros comme une pomme : mort en 13 jours, d'épuisement. Sur les 6 cas de Heidelberg, trois fois une opération a été faite.

1° Carcinome ulcéré dans la vessie; taille hypogastrique: destruction au thermo-cautère, guérison; pas de renseignements ultérieurs.

2° Homme de 47 ans, souffrant depuis 2 ans et demi de troubles de la miction. La taille hypogastrique fut le premier temps de l'acte chirurgical. Puis une incision courbe fut pratiquée devant l'anus. Le rectum une fois bien disséqué, la prostate fut isolée et extirpée en totalité. Sonde à demeure; drain allant de l'hypogastre au périnée. Le malade a guéri (après de l'intoxication iodoformique) et au bout de 3 mois il sortait de l'hôpital. La plaie périnéale est fermée, mais il reste une petite fistule hypogastrique. Sonde toujours à demeure. Mort 9 mois après.

3° Sarcome chez un homme de 64 ans. La paroi rectale était envahie. Après résection du coccyx, le rectum fut disséqué et enlevé avec la prostate, après section de l'urèthre derrière le bulbe et dissection de la face antérieure de la prostate. La partie supérieure du rectum fut suturée à la peau; la paroi antérieure de l'urèthre fut réunie à celle de la vessie. Mort en 12 jours, de pneumonie double.

Ainsi, les résultats jusqu'à présent obtenus sont très mauvais. Mais on n'oubliera pas qu'on s'adresse à une maladie toujours mortelle et très douloureuse. Les formes les plus malignes sont les sarcomes et les carcinomes diffus, appelés prostato-pelviens par Guyon. Sans doute, on aura moins de revers quand on s'attaquera à des cas bien limités, quand le diagnostic sera précoce. Au début, la ressemblance est grande avec l'hypertro-

phie prostatique, mais il y a quelques différences, et, avant tout, les douleurs très intenses irradiées dans la verge, les cuisses, le dos. Ces douleurs ne sont pas toujours réveillées par la miction, mais quelquefois par la seule défécation. La palpation bimanuelle, sous le chloroforme, nous renseigne sur la grosseur, la mobilité, les adhérences de la tumeur; sur l'état de ganglions voisins. On peut encore, à l'aide d'une ponction faite par le rectum, enlever un petit fragment qu'on examinera au microscope; Spanton a posé de la sorte le diagnostic précis de sarcome.

La voie périnéale est la seule possible pour enlever la prostate.

5° TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA RÉTENTION D'URINE D'ORIGINE PROSTATIQUE, par M. KUMMEL (de Hambourg). — Nous pouvons parer aux accidents de la rétention aiguë ou chronique. Mais le cathétérisme, la ponction, la boutonnière périnéale ne nous mettent pas à même de rétablir le cours normal des urines. Depuis les tentatives de Bottini, Harrison, Mac Gill, B. et M. Schmidt, on est peu à peu arrivé à des résultats assez satisfaisants. Mais Dittel a raison de dire qu'on ne doit pas, en toute rétention prostatique, ouvrir l'hypogastre et regarder où en est la prostate. Nous devons poser un diagnostic précis, et nous le pouvons. D'après Kümmel, si on opère rarement, c'est qu'on croit la saillie intra-vésicale de la prostate oblitérante beaucoup plus rare qu'elle ne l'est. Avec quelque habitude, on reconnaît bien cette variété d'obstacle, et par le cathétérisme, et par le toucher rectal, et, au besoin, par le cystoscope de Nitze. Dans les six cas que Kümmel a opérés, le diagnostic n'a jamais été en faute. Une lésion grave des reins est une contre-indication; et cependant sur un opéré l'albuminurie cessa après guérison de l'acte chirurgical. On saura encore qu'on n'a pas grand'chose à en attendre lorsque la contractilité de la vessie est anéantie. Si on opère alors, ce sera pour combattre des accidents généraux septiques menaçant la vie, et non pour rétablir le cours normal des urines. Les six opérés de Kümmel sont des malades sur lesquels les ressources de la thérapeutique classique avaient été épuisées; chez lesquels la fièvre urineuse, grave, était installée. La voie hypogastrique seule permet d'agir en toute sécurité,

d'enlever tout ce qui fait saillie dans la vessie, tant du lobe moyen que des lobes latéraux. Les agents d'exérèse sont des pinces, le galvano-cautère, le thermo-cautère. Lorsque c'est nécessaire, on peut dilater le col de la vessie. Puis on met une sonde à demeure, aussi grosse que possible. La vessie enfin est suturée : c'est important, car les vieillards, prédisposés à la pneunomie hypostatique, ont besoin d'être remis sur pied aussi vite que possible (suture au catgut, à 2 ou 3 étages). La sonde est retirée vers le 10e jour. Voici maintenant le résumé des six observations.

1° Homme de 73 ans, se sondant depuis plusieurs années et ayant appelé Kümmel pour une rétention aiguë que l'on traitait par des cathétérismes répétés à la suite desquels la vessie s'infecta ; fièvre, sécheresse de la langue, bronchite. Opération, réunion immédiate. Le malade se leva le seizième jour et après un traitement prolongé par les injections sous-cutanées de strychnine, par la faradisation de la vessie, il put pisser un peu tout seul, mais peu, et il a dû, depuis trois ans, continuer à se sonder. Dans ce cas, l'opération a été pratiquée pour sauver la vie.

2° Homme de 73 ans, que Kümmel a soigné il y a 4 ans, il y a 3 ans, il y a 2 ans, pour des crises de rétention aiguë, après lesquelles la miction spontanée se rétablissait. L'an dernier le malade revint, saignant beaucoup à la suite d'une tentative de cathétérisme. La sonde ne put être introduite qu'avec l'aide du chloroforme. Au bout de huit semaines, le malade se décida à se laisser opérer et une tumeur intra-vésicale grosse comme une poire lui fut enlevée. La sonde à demeure resta longtemps en place, puis les urines furent expulsées spontanément. Elles pouvaient être gardées assez longtemps, et le patient n'avait à se lever qu'une ou deux fois dans la nuit. Mort au bout de 3 mois de pneumonie : il n'y a pas trace de récidive du mal.

3° Homme de 68 ans, très décrépit, contraint depuis plusieurs années au cathétérisme. Après des essais divers, comme l'état général devenait mauvais, la vessie fut ouverte et une saillie du lobe médian fut brûlée au thermo-cautère. Puis, à l'aide d'injections sous-cutanées de strychnine, d'électrisations vésicales, la vessie redevint apte à fonctionner. L'opération a 14 mois de date.

4° Homme de 71 ans, se sondant depuis longtemps, albuminurique, ayant 10 à 12 fois par nuit des envies pressantes d'uriner. Opération pratiquée pour sauver la vie, menacée à brève échéance. La guérison fut lente, entravée par une pneumonie. Puis la fistule, qui était établie à l'angle inférieur de la plaie hypogastrique, se ferma, et le malade en arriva à garder pendant trois heures dans la vessie une urine qui peu à peu redevint acide et perdit son albumine.

5° Homme de 69 ans, rétention d'urine, urine alcaline, état général mauvais. Il succomba en 10 jours à l'opération (broncho-pneumonie).

6° La dernière opération n'a que 8 jours de date. Il n'en saurait donc être question.

Socin (de Bâle) pense que bien des prostatiques souffrent avant tout de la cystite, que les accidents sont loin d'être toujours en proportion du volume de la glande. C'est à la vessie que la thérapeutique doit avant tout s'adresser. Et les succès de Kümmel sont peut-être dus en grande partie à ce que la taille permet d'agir sur la cystite.

Thiersch (de Leipsig) est du même avis et ne pense pas qu'il faille enlever le lobe moyen un peu hypertrophié, surtout chez les sujets qui souffrent d'une incontinence paralytique.

Ebermann (de Saint-Pétersbourg) croit que dans la vessie à colonnes l'opération de Kümmel ne donnerait pas grand'chose.

Kümmel admet parfaitement l'importance de la cystite. Mais il ajoute que chez certains malades on parvient à restituer la miction spontanée : c'est un bénéfice qu'il est impossible de contester.

Très peu de temps avant cette communication, Kümmel avait inséré dans la *Deutsche med. Wochenschrift*, 1889, n° 16, p. 310, un mémoire sur le même sujet. Dans ce mémoire, dont la communication au Congrès n'est qu'un résumé, Kümmel insiste sur l'anatomie pathologique. L'hypertrophie des lobes latéraux (qu'elle soit ou non symétrique) est fréquente, mais elle ne cause pas souvent la rétention, et surtout elle ne met pas un obstacle sérieux au cathétérisme. Le point le plus important, c'est l'hypertrophie du lobe moyen, qu'elle soit isolée ou associée à une hypertrophie uni- ou bilatérale. Dans l'hypertrophie totale, un arrière-fond incapable de se vider se

creuse derrière le col de la vessie. Ce mémoire ne contient que les trois premières des observations ci-dessus résumées.

6° Traitement chirurgical de l'hypertrophie prostatique, par M. Helferich. — Observation d'un homme de 70 ans, ayant en outre une cystite intense. Taille hypogastrique; ablation, aux ciseaux, du lobe moyen gros comme un œuf de poule, et ignipuncture, au thermo-cautère, du reste de la glande. Tamponnement à la gaze iodoformée et drainage de la vessie. Au 3e jour, les tampons et drains sont retirés. Peu à peu la miction normale est revenue, et le résultat se maintient depuis deux ans. Malgré ce succès, l'auteur ne pense pas qu'il faille traiter de la sorte les cas simples; cette thérapeutique doit être réservée aux hypertrophies compliquées de cystite, de rétention, d'impossibilité du cathétérisme (*Ueber operative Versuche zur radikalen Behandlung der typischen Prostatahypertrophie*, in *Münchener med. Woch.* 1889, n° 7, d'après *Centr. f. Chir.* 1889, p. 532).

7° Tumeur maligne de la prostate chez l'enfant, par M. K. Wind, — Un fait, sur un enfant de 5 ans et demi: rétention d'urine: cathétérisme répété. Selles douloureuses. Le toucher rectal fait constater la tumeur, vérifiée à l'autopsie, l'enfant étant mort de pneumonie. La tumeur prostatique, recouverte à la face vésicale d'excroissances papillaires, est un sarcome à petites cellules. Hydronéphrose bilatérale. (*Die malignen Tumoren der Prostata in Kindesalter*, thèse de Munich, 1888, d'après *Centr. f. chir.* 1889, p. 532).

8° Néphrectomie pour rein tuberculeux, par M. Kümmel. — Le diagnostic de la tuberculose localisée au rein fut établi parce que, l'urine contenant des bacilles, l'endoscope démontra que la vessie était saine. La douleur existait au niveau du rein droit. lequel était mobile. L'incision conduisit sur un rein entièrement caséeux, qu'il fallut enlever en totalité. Guérison (Société médicale de Hambourg, d'après *Deustche med. Woch.* 1889, p. 468).

19° Néphrectomie pour tumeurs malignes du rein, par A. Siegrist. — Thèse ayant pour origine une néphrectomie faite

par Krœnlein pour un adéno-carcinome. Pas de récidive, depuis le 11 avril 1885. A ce propos l'auteur réunit 61 néphrectomies analogues, avec 32 décès, = 52,45 p. 100. Des autres, 9 sont morts de récidive rapide ; 5 ont été revus au bout de 2 ans et plus ; 2 au bout de 1 an, les autres seulement au bout de quelques semaines. L'opération transpéritonéale est de beaucoup la plus grave (57,89 p. 100 de mortalité au lieu de 23,52 p. 100), mais les récidives y sont bien moins fréquentes (5,26 p. 100 au lieu de 41,17 p. 100). Ces tumeurs étaient : 29 carcinomes (avec 3 adéno-carcinomes) et 34 sarcomes (avec 3 adéno-sarcomes). Trois fois, sur des enfants, l'incision exploratrice a conduit sur une tumeur inopérable (*Ueber die Nierenexstirpation bei malignen Tumoren*, thèse de Zurich 1889, d'après *Centr. f. Chir.* 1889, p. 529).

10° URÉTHROPLASTIE, par M. LANGENBUCH. — Opération pratiquée sur un homme de 19 ans atteint de rétrécissements de la partie spongieuse en conséquence d'une uréthrite survenue à l'âge de 6 ans, sans cause connue. Après incision d'un abcès périnéal, comme la partie pénienne du canal n'était pas perméable aux plus fines bougies, ce canal fut fendu du méat à la boutonnière périnéale. Puis cet hypospadias étendu fut traité par une autoplastie, inspirée du procédé de Thiersch. Les lambeaux furent pris à la partie postérieure de la verge, après avoir détruit sur cette peau les follicules pileux à l'aide d'une fine aiguille galvano-caustique (*Ein Fall von Urethroplastik*, Société libre des chirurgiens de Berlin, in *Deutsche med. Woch.* 1889, p. 346).

11° EXSTROPHIE DE LA VESSIE, par M. M. KÜSTER. — Garçon de 13 ans, opéré par Thiersch à l'aide de la méthode autoplastique. La cure totale nécessita 17 séances, espacées en deux ans. C'est que constamment les poils de la peau formant la paroi artificielle s'incrustent, et de là des abcès, des fistules. Un cercle vicieux s'est établi entre la cystite et les formations calculeuses (*Zur Pathologie und Therapie der Inversio vesicæ fissæ*, thèse de Munich 1887, d'après *Centr. f. Chir.* 1889, p. 533).

Dr A. BROCA.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

I° Académie de médecine.

TRAITEMENT DE L'EXSTROPHIE DE LA VESSIE, par le docteur P. BERGER (*Séance du 2 juillet* 1889). — Il s'agit d'une petite fille de 9 ans, que M. Berger présente à l'Académie, après l'avoir opérée avec succès d'une exstrophie complète de la vessie. Le procédé auquel il a eu recours est le suivant :

Il a commencé par reconstituer un urèthre allant des orifices des uretères jusqu'au voisinage de l'anus, par la superposition de deux lambeaux pris aux grandes lèvres, suivant un mode d'opération que Thiersch a préconisé pour la cure de l'épispadias.

Quelque temps après, M. Berger a recouvert la totalité de la surface vésicale au moyen de deux lambeaux adossés par leur surface cruentée.

Enfin, comme il restait en plusieurs points des fistules faisant communiquer la nouvelle cavité vésicale avec la région hypogastrique, une série d'opérations successives a été instituée dans le but d'en obtenir l'oblitération.

Le résultat est aujourd'hui complet, et la totalité des urines déversée au voisinage de l'anus par le canal de nouvelle formation, peut être recueillie dans un urinal.

Malgré ce résultat satisfaisant, M. Berger signale les crises vésicales douloureuses, dont sa jeune malade est encore atteinte. Il s'agit d'un état de cystite chronique, antérieur aux opérations, et que la soustraction de la surface vésicale au contact de l'air a amélioré sans le faire disparaître complètement. Pendant les premiers temps, la cavité nouvelle qui tient lieu de vessie était le siège d'incrustations calcaires qui furent à plusieurs reprises extraites par l'urèthre. Cette tendance a disparu depuis que les dernières fistules sont closes ; mais, malgré le traitement dirigé contre elles, les crises douloureuses persistent, bien que plus rares. Il s'agit évidemment des conditions anor-

males dans lesquelles se fait encore actuellement l'émission des urines et que la restauration des voies excrétrices de l'urine est insuffisante à faire disparaître.

IIe Société de chirurgie.

Névralgie testiculaire, par le docteur Ch. Périer (*Séance du 5 juin* 1889). — M. Périer présente un jeune malade atteint de névralgie testiculaire rebelle pour laquelle on lui a déjà enlevé un testicule. Le moignon est resté douloureux; l'autre testicule est devenu aussi sensible et la vie laborieuse est absolument interdite à ce garçon solide et robuste. M. Périer a pratiqué avec tous les soins antiseptiques une cautérisation légère de l'épididyme et a enlevé un petit kyste de cette région, mais les phénomènes douloureux n'ont pas cédé. En dehors de la castration qu'il ne voudrait pas pratiquer, M. Périer demande à ses collègues ce qu'il conviendrait de tenter en pareil cas.

M. Lucas-Championnière, se basant sur un cas de névrite ascendante dont il a été témoin, tenterait, par analogie, l'application de courants continus, qui lui a donné de très bons résultats.

M. Terrillon a observé un fait analogue à celui de M. Périer et tenterait volontiers aussi l'emploi des courants continus.

IIIe Société de biologie.

Anatomie pathologique et pathogénie des périnéphrites de cause rénale, par le docteur J. Albarran (*Séance du 29 juin* 1889). — L'auteur distingue trois variétés anatomiques de périnéphrite d'origine rénale :

1° La *périnéphrite ordinaire* dans laquelle la capsule propre du rein plus épaissie est plus ou moins confondue avec l'enveloppe graisseuse qui présente de nombreux tractus fibreux : cette périnéphrite est commune dans les pyélonéphrites.

2° La *périnéphrite graisseuse* déjà décrite par Hartmann et Hallé, très remarquable dans certaines pyélites calculeuses. Dans un cas, la graisse s'était substituée au rein qui n'était plus représenté que par les calices dilatés contenant des calculs. Cette périnéphrite graisseuse est un des caractères anatomiques les plus frappants de la tuberculose caverneuse du rein.

3° La *périnéphrite suppurée.* L'abcès peut siéger au-dessous de la capsule propre, et alors les collections sont petites et multiples ; ou bien, dans certains cas, envelopper complètement le rein qui baigne dans le pus. Dans ces cas, la capsule propre finissant au niveau du hile, le bassinet se trouve en dehors de l'abcès. Lorsque la collection purulente se développe entre les lamelles cellulo-graisseuses du tissu péri-rénal, le rein est comme dans le cas précédent refoulé en avant ; sa capsule propre est épaissie, tomenteuse, et adhère au parenchyme, ou bien elle est si mince qu'on la voit à peine ; enfin, elle peut être perforée dans une plus ou moins grande étendue.

Que l'abcès soit sous-capsulaire ou extra-capsulaire, la poche présente souvent un aspect grisâtre, et est parcourue par des veines transversales surtout en arrière. Le rein lui-même peut être atteint de pyonéphrose et former une seconde poche incluse dans l'intérieur de l'abcès. Or il est arrivé à plusieurs reprises qu'on a ouvert par la néphrotomie l'abcès périnéphrétique alors qu'on croyait ouvrir le rein. Le diagnostic peut se faire parce que la poche périnéphrétique ne suit pas les mouvements respiratoires, tandis que le rein atteint de pyonéphrose se déplace pendant l'inspiration.

Dans sept examens bactériologiques du pus des abcès périnéphrétiques, M. Albarran a trouvé quatre fois la bactérie pyogène pure ; une fois, cette bactérie associée à des microcoques, deux fois uniquement des coques pyogènes. Dans les coupes colorées, on voit que les microbes traversent les parois du bassinet et qu'ils peuvent aussi passer directement du rein à la capsule.

Expérimentalement, l'injection de microbes pyogènes dans l'uretère, suivie de la ligature du conduit, peut déterminer l'invasion du tissu périrénal : les microbes suivent les voies lymphatiques. La différence de la vascularisation lymphatique du rein et de la vessie explique la rareté relative des abcès périvésicaux de cause vésicale.

Deux fois, en injectant des microbes pyogènes dans le sang d'un lapin, on a déterminé en froissant le rein et le tissu périrénal une néphrite avec périnéphrite suppurée. Ce fait confirme l'hypothèse du microbisme latent et rend compte des abcès déterminés par les contusions directes ou par la contusion

indirecte se produisant lors de marches forcées ou d'exercices violents par la locomotion normale exagérée du rein.

IV° Société médicale du VI° arrondissement.

INDURATION DES TISSUS ÉRECTILES DE LA VERGE, par le docteur FOUCART (*Séance du 25 mars* 1889). — Un homme de 60 ans, arthritique, fils d'arthritiques, présentant des tophus aux doigts, de l'acné, des craquements articulaires et une rétraction de l'aponévrose palmaire, vient consulter pour une induration des tissus érectiles de la verge, ayant débuté quelques semaines auparavant. A l'examen on trouve, à un centimètre de la racine de la verge, sur sa face supérieure et sur sa moitié gauche, une plaque fibro-cartilagineuse, assez lisse, située sous la peau, ayant 3 à 4 centimètres d'étendue d'avant en arrière, et ressemblant à une moitié de bague. Cette plaque contourne le côté gauche de la verge et s'arrête à un demi-centimètre du canal de l'urèthre à la face inférieure. Le malade ne ressent aucune douleur et n'éprouve aucune difficulté à uriner; mais, dans l'érection, il y a gêne allant presque jusqu'à la douleur : la verge alors se courbe et devient convexe à droite, du côté opposé à la plaque fibreuse; aussi le coït est-il, sinon impossible, du moins très difficile.

En recherchant la cause de cette induration, M. Foucart n'a pu trouver ni traumatisme, ni inflammation du tissu érectile par propagation d'une uréthrite, ni existence de diabète ou de syphilis; il a donc cru devoir rattacher cette nodosité à la goutte, et voir là une manifestation arthritique. Comme traitement, il a prescrit l'iodure de potassium et, depuis plusieurs mois, il n'y a eu ni aggravation, ni amélioration sensibles.

V° Société médicale du VII° arrondissement.

HÉMATURIE MENSTRUELLE SUPPLÉMENTAIRE, par le docteur LEBEC (*Séance du 26 février* 1889). — Une femme de 31 ans vient consulter en janvier 1888 pour une douleur très vive dans le dos et le ventre, survenue brusquement l'avant-veille, en faisant un effort. Trois jours plus tard la malade était plus souffrante et

urinait du sang, se plaignant d'une violente douleur qui, partant du rein gauche, semblait suivre exactement le trajet de l'uretère pour aboutir à la vessie. Pensant avoir affaire à un calcul rénal en train de cheminer, M. Lebec fit une piqûre de morphine, en prescrivant bains et cataplasmes chauds, diète lactée : le pouls était calme et il n'y avait ni vomissement, ni fièvre.

Au bout de deux jours encore, l'état était le même : souffrances modérées, urine très rouge, laissant au fond du vase un dépôt de sang pur, dans lequel on voyait de longs filaments de fibrine coagulée, rappelant la forme de l'uretère. La malade raconta alors qu'elle avait ses règles au moment de l'effort violent qu'elle avait fait quelques jours auparavant. Immédiatement, le sang menstruel cessa de couler, et en même temps apparurent les douleurs lombaires et l'hématurie. Cet état dura une vingtaine de jours, puis tout rentra dans l'ordre.

M. Lebec considère cette singulière hématurie comme supplémentaire des règles, lesquelles avaient déjà été remplacées deux fois auparavant chez cette malade par des hémoptysies avec vomissements. Depuis lors, aucun nouveau dérangement ne s'est produit dans la menstruation de cette femme, dont la santé est restée bonne, et l'hématurie n'a pas reparu.

M. H. Leroux désirerait savoir quel était l'état de la malade au point de vue nerveux : l'existence antérieure d'accidents hystériques expliquerait facilement une hémorrhagie supplémentaire. Il y a lieu d'ailleurs de se demander s'il s'agissait bien là d'une hématurie supplémentaire ou simplement d'un traumatisme rénal.

M. Lebec répond que sa malade était indemne de toute tare hystérique : s'il a pensé à une suppléance, c'est parce que l'hématurie a remplacé brusquement les règles et que la malade avait déjà présenté des hémoptysies dans des conditions analogues.

M. Sottas a eu l'occasion d'observer chez une petite fille un cas d'hématuries non menstruelles, survenant tous les jours brusquement à 9 heures du matin et disparaissant spontanément au bout de quelques heures. Après avoir éliminé l'hématurie scarlatineuse, M. Bergeron, qui vit la malade avec M. Sottas, pensa à incriminer l'urticaire dont souffrait l'enfant.

Sous l'influence du sulfate de quinine, l'hématurie et l'urticaire disparurent.

M. Berger pense, comme M. Leroux, que l'interprétation de M. Lebec est peu fondée, puisque la suppléance rénale n'a été observée qu'une seule fois.

VI° Société médicale du IX° arrondissement.

Incontinence d'urine chez une jeune fille guérie par l'électrisation de l'urèthre, par le docteur R. Jamin (*Séance du 14 mars* 1889). — Cette observation a été publiée *in extenso* dans le n° de juin des *Annales*, pp. 349 et suivantes.

M. Nitot fait remarquer qu'ici, comme presque toujours, l'électrisation a fait avancer les règles; il demande à M. Jamin pourquoi il n'a pas employé l'électrisation bi-polaire?

M. Delefosse pense que, dans les cas d'incontinence d'urine, il faut toujours s'enquérir de l'état nerveux du sujet et surtout de ses antécédents héréditaires dans ce sens. Tout dernièrement encore, le docteur Guinon a démontré dans sa thèse que ces accidents de miction involontaire se trouvaient souvent sous la dépendance d'un trouble du système nerveux.

M. Jamin répond à M. Nitot qu'il ignore s'il aurait obtenu de l'électrisation pi-polaire un résultat plus rapide, mais qu'il a employé ici la faradisation simple dont il a l'habitude en pareil cas et qui lui a déjà fourni bien des guérisons comme à son maître, le professeur Guyon. A M. Delefosse, M. Jamin répond que sa jeune malade n'avait aucun soupçon d'hystérie ou de nervosisme quelconque, et que, d'après l'interrogatoire de la mère qui accompagnait sa fille, il n'a pu découvrir dans la famille aucun antécédent nerveux appréciable.

M. Dubuc croit que l'incontinence d'urine à forme infantile finit presque toujours par guérir et ne persiste ordinairement pas longtemps après la puberté. La preuve, c'est qu'on ne voit guère de jeunes filles ou de jeunes femmes avoir encore de l'incontinence après la vingtième année.

M. Launois répond à M. Dubuc qu'il observe précisément en ce moment une jeune femme de 24 ans, ayant de l'incontinence d'urine à forme infantile.

M. Blechmann connaît une jeune fille de 22 ans qui est dans ce cas.

M. Delefosse dit que si certains malades atteints de ce genre d'incontinence guérissent pour ainsi dire spontanément, il en est d'autres qui semblent rebelles à tout traitement; aussi doit-on enregistrer les résultats aussi heureux que celui obtenu par M. Jamin.

A la suite de cette discussion, la Société aborde une question soulevée par M. Dubuc et relative aux cicatrices consécutives aux cautérisations soit chimiques, soit galvaniques.

M. Delefosse, à ce propos, fait allusion au procédé de traitement des rétrécissements de l'urèthre qu'on essaye de rajeunir en ce moment sous le nom d'*électrolyse linéaire*. Ce procédé, qui n'est qu'une mauvaise uréthrotomie interne, a donné autrefois entre les mains de ses promoteurs des résultats déplorables qui le leur ont fait rapidement abandonner; et ces résultats ne seront pas meilleurs aujourd'hui parce qu'on a quelque peu modifié la forme de l'instrument primitif: le principe reste toujours le même. M. Delefosse ajoute que tous les modes de traitement électrolytique des rétrécissements uréthraux ne semblent pas passibles des mêmes reproches que l'électrolyse linéaire. Dernièrement encore il s'entretenait avec M. Jamin d'un autre procédé employé depuis de longues années en Amérique, et qui agit tout différemment.

M. Jamin dit que le procédé dont vient de parler M. Delefosse est celui de Robert Newman (de New-York) : il vise en effet un tout autre but que l'électrolyse linéaire. Celle-ci, comme l'a dit M. Delefosse, n'est qu'une mauvaise uréthrotomie qui sectionne l'urèthre avec une lame triangulaire, non pas *coupante*, mais *brûlante ;* aussi faut-il, pour arriver en quelques minutes à la destruction caustique des tissus, employer un courant de 25, de 30 et même de 40 milliampères. Newman ne cherche au contraire à obtenir que la résorption lente des tissus pathologiques de la stricture et ne dépasse jamais dans ses électrisations 5 ou 6 milliampères, se contentant parfois de 2 ou 3. Son procédé ne rappelle donc en rien l'uréthrotomie, mais se rapprocherait plutôt de notre dilatation progressive avec les bougies. Les chirurgiens américains ont même reproché à Newman de ne faire en somme que de la dilatation, puisqu'il introduit dans le canal

des olives métalliques de plus en plus volumineuses, son courant électrique n'ayant alors qu'une action insignifiante et même problématique.

Quoi qu'il en soit, le procédé de Newman aurait l'immense avantage sur la dilatation ordinaire d'amener, d'après son promoteur, la disparition complète et surtout définitive des tissus pathologiques qui constituent le rétrécissement. Or, on sait qu'avec la dilatation, cette disparition ou plutôt cette diminution n'est que momentanée. Après avoir rétabli le calibre d'un canal par les bougies, si le chirurgien ou le malade *n'entretient* pas la dilatation, le rétrécissement se reproduit fatalement à échéance plus ou moins éloignée, qu'il y ait eu ou non section préalable de la coarctation par l'uréthrotomie ou tout autre procédé.

M. Gougenheim croit que, pour juger la valeur d'un procédé tel que celui dont vient de parler M. Jamin, il faut la sanction du temps et savoir ce que deviennent au bout de plusieurs années les malades ainsi traités.

M. Jamin répond que Newman pratique son procédé électrolytique depuis 1868 et que, depuis vingt ans, il a pu suivre un grand nombre de ses opérés et constater les heureux résultats qu'il dit avoir obtenus.

M. Lutaud fait remarquer qu'en effet le procédé de Newman date de loin, puisqu'il se souvient d'avoir traduit lui-même vers 1873 des observations du chirurgien américain relatives au traitement électrolytique des rétrécissements de l'urèthre chez la femme.

M. Dubuc dit qu'il convient de distinguer parmi les rétrécissements de l'urèthre ceux qui sont souples et par conséquent faciles à dilater et à maintenir dilatés pendant 8, 10 ans et plus sans nouveau passage de bougie, de ceux qui sont fibroïdes, comme les appelait Gosselin, et qui récidivent avec une rapidité désespérante, si l'on n'a pas soin d'entretenir très fréquemment la dilatation. Contre ceux-ci, il doute que même l'électrolyse de Newman soit plus efficace que l'introduction des bougies.

M. Jamin répond à M. Dubuc qu'actuellement les statistiques personnelles de Newman portent sur plus de 5 ou 600 cas et que parmi ceux-ci il a dû vraisemblablement s'en trouver un

certain nombre de fibroïdes et rétractiles, qui, après avoir été soumis à l'électrolyse, se sont maintenus dilatés, d'après le chirurgien américain, d'une façon aussi définitive que les autres.

M. Lutaud demande quelle est la durée de traitement d'un rétrécissement de l'urèthre par le procédé de Newman.

M. Jamin. — Ces indications ont été fournies par notre collègue le docteur Danion, dans un article publié par lui dans son journal *l'Electrothérapie* (n° de juin 1888). Newman dit que la moyenne des séances est de 8 à 10 pour chaque cas, chaque séance n'étant jamais prolongée au delà de 3 à 10 minutes. La durée totale du traitement serait donc de deux à trois mois, puisque les intervalles entre chaque séance sont au moins d'une semaine, quoique pouvant être abrégés en cas de besoin.

Dr R. Jamin.

BIBLIOGRAPHIE

TRAITÉ DES MALADIES DU TESTICULE ET DE SES ANNEXES, par MM. Ch. Monod et O. Terrillon, chirurgiens des hôpitaux. Paris, 1 vol. in-8°, 800 pages avec 92 figures, Masson, 1889.

Depuis que le professeur Gosselin a introduit en France le traité de Curling sur les maladies du testicule, il y a trente ans, de nombreux écrits sur ces mêmes états pathologiques ont été publiés; mais ces monographies ne constituaient pas une œuvre d'ensemble : deux collaborateurs du journal ont eu l'heureuse idée d'entreprendre une tâche aussi ardue : leur grande compétence a permis de tourner bien des obstacles dus à l'état actuel des connaissances sur des points de la pathologie du testicule encore incertains.

On peut dire qu'ils ont atteint le but cherché, c'est-à-dire de faire un traité à la fois élémentaire et complet, utile aux élèves et aux praticiens.

Les auteurs ne se sont occupés que des maladies du testicule et de ses annexes les plus proches : épididyme, vaginale, canal déférent; ils ont laissé de côté les affections du scrotum et celles des vésicules séminales, considérant ces dernières comme formant un groupe à part.

Cette manière de voir se justifie parfaitement : cependant il est regrettable, dans l'intérêt même de l'ouvrage, que, tout au moins, les affections de la glande séminale aient été exclues. Si la spermatorrhée, l'azoo-

spermie, etc., ne sont pas toujours un effet d'une lésion du testicule, il est des cas, cependant, où la cause de la maladie doit être recherchée dans cet organe.

L'ouvrage est divisé en 14 chapitres, qui comprennent les différentes maladies ou affections dont le testicule peut être atteint : anomalies, traumatismes, inflammations des enveloppes et de la glande, tumeurs, kystes, maladies du cordon, etc. Le dernier chapitre est consacré à la castration. Chaque chapitre est suivi d'un index bibliographique, relatant les principaux travaux publiés sur le sujet traité.

Un ouvrage aussi complet ne pouvant être analysé en quelques lignes, je me contenterai de citer les opinions des auteurs sur les questions d'actualité.

En ce qui concerne le traitement radical du varicocèle, MM. Monod et Terrillon constatent que les opérations sanglantes, un moment abandonnées, reprennent faveur par suite de l'emploi de l'antisepsie. Ces opérations sont peu dangereuses et arrivent plus nettement que les précédentes à la guérison. Mais il est bon de les employer suivant leurs indications spéciales.

La ligature simple sous-cutanée ou même à ciel ouvert, quand on a pris la précaution de préserver l'artère spermatique, sera suffisante dans les cas peu avancés et quand le varicocèle est peu volumineux.

Lorsque la masse des veines dilatées est plus importante, on peut craindre de voir échouer la ligature simple. Dans ces cas, il est utile de faire la double ligature, après avoir incisé les parois scrotales, en ayant soin d'espacer les deux fils.

Quand le scrotum est très pendant et allongé, on doit le raccourcir en le réséquant; mais on ajoutera à cette opération un complément souvent nécessaire, qui consiste à agir en même temps sur les veines, en les liant ou en les supprimant. Le paquet veineux antérieur doit être détruit, de préférence au postérieur, en admettant que ce dernier soit détruit également s'il est prédominant.

La *castration* a été étudiée sous deux points de vue : manuel opératoire, son utilité.

La castration est une opération méthodique qui se divise en trois temps distincts. Le premier temps comprend l'incision de la peau et la dissection de l'organe malade; le deuxième temps la section et la ligature du cordon et de ses vaisseaux; le troisième temps les dispositions spéciales qu'on doit donner à la plaie et le pansement.

L'opération n'est indiquée que si la glande est le siège de lésions matérielles, ou peut-être même de troubles fonctionnels (névralgie) compromettant gravement la vie ou la santé. L'opération ne s'impose jamais dans le but de supprimer les facultés viriles d'un individu, quels que soient les tourments réels ou imaginaires de celui qui la sollicite.

Un chapitre très important est consacré à l'étude de tous les traitements préconisés contre l'hydrocèle. Les conclusions des auteurs sont les suivantes : « Lorsqu'on cherche à porter un jugement d'ensemble vraiment impartial sur les divers procédés et méthodes de traitement de l'hydrocèle, on en vient à conclure que, l'affection ne se présentant pas toujours sous le même aspect, il faut savoir, à des formes différentes, faire correspondre des traitements divers... La sagacité du chirurgien consistera, en présence d'un cas donné, à en apprécier aussi exactement que possible les particularités anatomiques et cliniques, et à proportionner le moyen, qu'il croira devoir employer, au but qu'il cherchera à atteindre. »

Les tumeurs du testicule, les kystes divers sont étudiés avec les plus grands développements.

En résumé, l'œuvre de MM. Monod et Terrillon est le complément de l'ou-

vrage de Gosselin : elle donne, sous une forme claire et précise, l'état actuel de toutes nos connaissances sur les maladies du testicule. Nous ne pouvons qu'être fiers de ce qu'elle soit sortie de la plume de deux collaborateurs des *Annales*.

Dr Delefosse.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

La quatrième session du Congrès français de chirurgie se tiendra du 14 au 20 octobre 1889, à Paris, dans le grand amphithéâtre de l'École de médecine, sous la présidence de M. le baron Larrey.

Séance d'ouverture, lundi 14 octobre, à 2 heures.

QUESTIONS A L'ORDRE DU JOUR

Les questions suivantes sont mises à l'ordre du jour du Congrès :

I. Résultats immédiats et éloignés des opérations pratiquées pour les tuberculoses locales;

II. Traitement chirurgical de la péritonite;

III. Traitement des anévrysmes des membres.

CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL

Les soussignés ont l'honneur de porter à votre connaissance que, conformément à la délibération prise, lors de la dernière session à Washington, dans la séance du 9 septembre 1887, le Xe Congrès médical international aura lieu à Berlin.

Le Congrès sera ouvert le 4 et sera clos le 9 août 1890.

Des communications détaillées, par rapport au programme, suivront sans délai ce premier avis, aussitôt que l'assemblée des délégués des Facultés de médecine et des Sociétés médicales allemandes, convoquée au 17 septembre à Heidelberg, aura pris une décision définitive à ce sujet.

En attendant, nous venons recourir à votre obligeance, en vous priant de bien vouloir faire connaître dans vos cercles scientifiques le contenu de ce qui précède, et de leur transmettre en même temps, une invitation courtoise de notre part.

Von Bergmann, Virchow, Waldeyer.

Le Rédacteur en Chef, Gérant : Dr DELEFOSSE.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21659.

ANNALES DES MALADIES

DES

ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Septembre 1889.

MÉMOIRES ORIGINAUX

Hôpital Necker. — M. le professeur Guyon.

Pyonéphroses.

La suppuration d'origine rénale est, vous le savez, constamment observée dans nos salles. C'est en effet l'une des complications les plus communes des affections anciennes et graves de l'appareil urinaire. Les indications qu'elle comporte sont souvent chirurgicales. Dans nombre de cas, il est vrai, les opérations qui peuvent efficacement y remédier s'adressent à l'urèthre ou à la vessie; elles ne viennent qu'indirectement au secours du rein. Elles sont néanmoins salutaires et vous m'entendez insister sur la nécessité d'agir dans des cas qui longtemps ont été rangés dans la catégorie de ceux qui commandent l'abstention. Mais il peut être nécessaire de s'attaquer directement au rein et c'est de

cette catégorie de faits que je désire aujourd'hui vous parler.

Nous venons d'opérer en quelques semaines quatre malades hommes et vous observez à la salle des femmes deux malades plus anciennement soumises au traitement chirurgical. Très récemment aussi j'ai dû, en dehors de l'hôpital, intervenir dans 3 cas. C'est cette série de 9 opérés chez lesquels j'ai pratiqué la néphrotomie, qui servira de texte à notre leçon.

Chez tous ces sujets, une tumeur s'était constituée. Le pus retenu dans le rein avait déterminé son augmentation de volume. C'est en effet lorsqu'il y a rétention complète ou incomplète que la question d'intervention se pose. L'état grave dans lequel vous avez vu les malades que nous avons opérés, démontre que, quelle qu'en soit la cause, il importe de mettre fin à l'accident qui met en jeu leur existence. Les résultats de l'intervention en montrent la valeur. Sur nos 9 opérés 1 seul a succombé, et nous avons le droit de dire qu'il a continué à mourir.

Il s'agissait de cet enfant de 15 ans qui avait subi il y a 18 mois dans un autre hôpital la taille hypogastrique pour une cystite que nous avons bien des raisons de croire tuberculeuse, bien que nous n'ayons pu trouver de bacilles dans l'urine. L'ouverture du rein droit améliora grandement sa situation. Mais la marche des accidents généraux enrayée quelque temps ne pouvait être arrêtée. Emmené dans sa famille, le petit malade a succombé et nous avons été privés de son autopsie.

Quelle était la nature des lésions chez nos autres opérés? Chez aucun d'eux nous n'avons trouvé les bacilles de la tuberculose. Des calculs ont été rencontrés au cours de l'opération dans 6 cas; mais dans 3 seulement des coliques néphrétiques antérieures sont notées. La blennorrhagie n'est certaine que chez 3 de nos malades.

Je n'ai pas l'intention d'aborder aujourd'hui la question d'étiologie. Il n'est pas besoin de s'y attacher pour l'instant.

Quelle qu'en soit la cause, je le répète, la rétention du pus dans le rein pose une indication opératoire. Comme il nous arrive souvent en chirurgie nous avons à nous attaquer au résultat des lésions, il nous est par cela même possible de négliger leur nature. Les services que nous rendons, tout relatifs qu'ils soient, sont néanmoins assez grands pour affirmer la puissance de notre art.

Nos cas ne peuvent d'ailleurs servir qu'à poser des questions. Si la tuberculose ne peut être affirmée dans aucun, je vous ai déjà fait remarquer que le petit malade qui a succombé pouvait en être soupçonné. Faut-il en accuser notre opéré du n° 3. Nous ne trouvons rien de positif et cependant le père et la mère seraient morts de la poitrine ; il nie toute chaudepisse, il n'a jamais eu de phénomènes de lithiase, les accidents ont débuté par la vessie depuis 18 mois. Je vous l'ai fait remarquer à diverses reprises, il est des malades dont les voies urinaires suppurent sans cause appréciable ; ils ne sont pas tuberculeux avérés mais ils ont dans leurs ascendants ou ils présentent par eux-mêmes des tares, qui les rendent suspects. Ils s'améliorent surtout par un traitement général, sont rebelles au traitement local ou n'en bénéficient que si une médication reconstituante les met en état de le subir. Si nous pouvons dire qu'ils sont tuberculeux, nous n'oserions affirmer qu'ils ne soient pas destinés à le devenir.

La pathogénie de la suppuration n'est d'ailleurs pas facile à établir dans la série que nous étudions. C'est ainsi que nous ne trouvons la blennorrhagie que dans 3 cas. Il faut, il est vrai, tenir compte qu'il s'y trouve 3 femmes et un enfant. Chez ce dernier elle n'a certainement joué aucun rôle ; vous savez combien la question est difficile à juger chez la femme. J'ai d'ailleurs à diverses reprises constaté la suppuration précoce de l'appareil urinaire supérieur chez les jeunes enfants. L'un de mes derniers opérés de la ville est dans ce cas. Aussi loin que puissent remonter les souvenirs de ceux qui l'ont observé, il a toujours eu du pus dans les

urines. Et ce pus venait bien du rein gauche que j'ai trouvé pyonéphrosé. Il provenait de ce seul rein, car dès le lendemain de l'opération et d'une façon constante depuis un mois qu'elle a eu lieu, les urines sont devenues absolument claires. C'est encore un sujet qui n'est pas tuberculeux, mais qui est suspect; une pleurésie droite a donné, il y a deux ans, de graves préoccupations à cet égard.

Je crois pour ma part à la très réelle influence de la blennorrhagie sur la suppuration rénale. Sans doute elle la provoque rarement, mais vous avez encore sous les yeux un jeune homme de 18 ans dont l'histoire nous semble démonstrative. Vous vous souvenez qu'il nous est venu avec une pyonéphrose gauche. Atteint pour la première fois de chaudepisse le 1er février 1889, il ressentait le 20 un point douloureux assez violent au niveau du rein gauche; il était en même temps atteint d'un état général grave. Entré à Cochin le 25, on faisait au bout de quelques jours le diagnostic de pyélo-néphrite. Lorsqu'il entra dans notre service le 14 mai, il avait une pyonéphrose volumineuse qui, dès le lendemain, se vidait par l'uretère. Aussi les urines qui étaient claires à l'entrée devinrent-elles très purulentes, et la fièvre qui était intense disparut-elle. Vous avez une fois encore assisté à ces mêmes séries de phénomènes pathologiques, mais ils ont été passagers et nous n'avons pas eu à intervenir.

Il est donc certain que la blennorrhagie rénale est un des facteurs de la suppuration de l'appareil urinaire supérieur, mais chez aucun de nos opérés son influence n'a été évidente. Chez ceux où nous l'avons notée, il y avait eu introduction d'instruments et la filiation des faits plaide plus en faveur de cette influence que de celle de la blennorrhagie.

Si nous nous en référions aux renseignements fournis par la rencontre de calculs dans six cas sur neuf, nous pourrions plus légitimement accuser la lithiase d'avoir déterminé la suppuration. Mais l'histoire des calculeux nous

a depuis longtemps démontré que l'évolution des concrétions uriques se faisait à l'état aseptique aussi bien dans le rein que dans la vessie. La suppuration ne se montre qu'après une cause capable de permettre l'infection, en particulier après l'introduction d'instruments. Les calculs phosphatiques au contraire se développent alors que la suppuration est déjà établie. Ils sont secondaires. Or, toutes les concrétions que nous avons extraites chez nos six opérés étaient purement phosphatiques. Elles étaient d'ailleurs, sauf dans deux cas, de volume insignifiant; chez les malades qui eurent des coliques néphrétiques, il ne nous a pas été possible d'établir la filiation des accidents. Chez l'un d'eux cependant, la suppuration paraît avoir succédé à des séances répétées de lithotritie.

L'intérêt des questions qui touchent à la pathogénie est si grand que nous venons de nous y arrêter beaucoup plus longtemps que nous ne vous l'avions annoncé. Je ne retiendrai plus votre attention que sur quelques points relatifs à certains détails relevés pendant l'opération et dans l'observation de leurs suites.

Il a toujours été facile d'arriver au foyer de suppuration et de donner issue à une grande quantité de pus. Cependant, dans trois cas, si nous nous en étions tenu à ce résultat, nous eussions fait une opération tout à fait incomplète. Dans l'un d'eux opéré hors de l'hôpital, il s'agissait d'un second foyer intra-rénal. Lorsque nous eûmes vidé une première collection située dans la moitié supérieure du rein, le toucher intra-rénal combiné avec la palpation abdominale, nous fit soupçonner que la moitié inférieure de la tumeur en renfermait un autre qui était tout à fait indépendante. Une ponction témoigna de la réalité de nos sensations et une incision portant sur les cloisons épaisses qui circonscrivaient ce foyer l'évacua entièrement. Chez deux malades opérés ici, le n° 3 et le n° 6, c'est à la périphérie du rein que nous rencontrâmes un second et très volumineux abcès.

Ce n'était point dans l'atmosphère celluleuse extérieure au rein qu'il s'était collecté. Nous étions entré dans le rein sans rencontrer sur notre chemin la moindre suppuration. C'est sur ses côtés en arrière et un peu en haut, tout à fait en dehors de la cavité où nous tenions le doigt, que nous rencontrâmes une seconde et importante collection. Tout permet de penser que ces collections étaient sous-capsulaires, c'est-à-dire limitées par le tissu rénal d'un côté et la capsule propre du rein de l'autre.

M. Albarran, mon interne, a dernièrement communiqué à la Société de biologie le résultat de ses intéressantes recherches sur ces suppurations sous-capsulaires. Une pièce récemment recueillie par un autre de mes internes, M. Vignard, chez un de nos malades, fait voir que la capsule tout entière peut être décollée, le rein décortiqué est en quelque sorte noyé dans une cavité purulente.

L'opérateur est, vous le comprenez, fort intéressé à être prévenu de semblables possibilités, qui, je suis disposé à le penser, peuvent assez souvent se présenter.

Un autre point qui d'ailleurs est connexe à celui-ci doit aussi vous être signalé. Le rein pyonéphrosé doit être largement ouvert. Il ne suffit pas que l'incision qui donne accès dans sa cavité soit étendue, il faut encore que les cloisons qui la divisent soient attaquées. Cela est nécessaire, non seulement pour vider les foyers intra-rénaux, mais pour atteindre les calculs toujours plus ou moins irrégulièrement disséminés que peuvent renfermer les pyonéphroses.

Ces manœuvres seraient fort simples si la crainte d'une hémorrhagie ne commandait pas de les conduire avec prudence. Je me serais laissé aller à croire qu'il n'y avait cependant pas à la redouter dans la pyonéphrose, si dans l'une de nos observations, celle du n° 20, je n'avais senti battre sous mon doigt une artère du volume de la radiale dans l'une des cloisons que j'explorais avant de la diviser.

C'est en effet après les avoir soumises au toucher intra-

rénal combiné avec la palpation abdominale qu'il convient de les inciser. Le rein ainsi ramené sur le doigt bien fixé à son contact est exploré d'une façon très précise. Les cloisons se déchirent d'ailleurs assez facilement et c'est le plus souvent en agissant progressivement avec l'ongle qu'on sent leur résistance s'amoindrir et qu'on peut les faire céder de façon à pénétrer de plus en plus dans l'intérieur du rein. Là encore la main abdominale guide le doigt rénal. C'est une manœuvre analogue à celle que pratique l'accoucheur aux prises avec un placenta adhérent.

Nous n'avons eu qu'un seul décès à déplorer sur nos neuf opérés et nous avons eu de plus la satisfaction de les voir bénéficier largement et promptement de l'intervention. Le malade couché au n° 20 est particulièrement remarquable. Sa vie était prochainement menacée lorsque je lui ouvris le rein le 13 juillet. Vous le voyez maintenant sans fièvre, mangeant régulièrement, prenant de l'embonpoint et circulant dans la salle. Le rein opposé qui est le gauche est cependant malade.

Les bénéfices immédiats de l'opération sont donc des plus satisfaisants, tout l'atteste. Les bénéfices ultérieurs sont bons. J'ai plusieurs fois cité la différence très accusée dans la mortalité de la néphrectomie primitive des pyonéphroses et de la néphrectomie secondaire, qui quelquefois s'impose.

La guérison absolue par la simple ouverture du rein est en effet difficile. Nos deux malades femmes sont opérées depuis une année et suppurent encore. Leur santé est devenue normale, elles pourraient, si elles n'étaient retenues à l'hôpital par la nécessité des pansements, reprendre en partie la vie ordinaire. Je laisse mes opérés de la ville, libres de se promener et même de voyager alors que le rein est encore en drainage; néanmoins tous attendent avec impatience le terme d'une épreuve qui se prolonge.

Le traitement consécutif est, vous le voyez, de nature à fixer l'attention des chirurgiens. Sans doute nous avons la ressource de la néphrectomie secondaire. Mais bien que ses

dangers soient atténués, elle fait encore courir de sérieux périls. Aussi ne l'ai-je pas proposée aux deux malades femmes et suis-je résolu à attendre chez nos opérés de la salle des hommes. Chez ceux-là l'intervention est d'ailleurs trop récente encore.

Il est cependant une condition qui ne justifierait pas l'attente prolongée. C'est la persistance de l'écoulement de l'urine par la fistule rénale ; chez nos opérés vous avez pu voir que l'urine ne souillait le pansement que pendant les premiers jours. C'est ensuite une fistule purulente qui se constitue. C'est ce qui existe chez nos malades de l'hôpital, sauf chez le n° 20 ; c'est aussi ce que j'observe chez mes trois opérés de la ville. L'uretère est cependant perméable chez le n° 20, nous nous en sommes assuré par les injections iodées. Mais j'ai, chez ce malade, fixé le rein à la plaie.

J'avais agi ainsi pour faciliter son drainage et pour empêcher la plaie de se contaminer. Mais le drainage se fait facilement et se prolonge autant qu'on le désire sans cet artifice. Et lorsque l'on a soin de soumettre les tissus divisés à l'action de la solution phéniquée forte avant d'ouvrir le rein, de les laver encore de la même façon avant de suturer, on obtient sûrement la réunion dans toute l'étendue de la plaie que l'on veut supprimer.

Ouvrir largement le rein, diviser ou déchirer ses cloisons, examiner sa périphérie afin de s'assurer qu'il ne s'y cache pas de foyers sous-capsulaires, le mettre en drainage prolongé qui permet des lavages quotidiens ou bi-quotidiens, telle est donc la conduite à tenir. Mais si le traitement primitif est facile à préciser, il n'en est plus de même du traitement consécutif. C'est le côté faible de la néphrotomie. Je crois néanmoins que c'est à elle qu'il convient de recourir primitivement et que les progrès de la chirurgie rénale doivent avoir pour objectif d'éviter aussi la néphrectomie secondaire.

De l'aspiration des fragments calculeux après la lithotritie et d'un nouvel aspirateur,

Par M. le docteur Bazy.

Dans cette note, je ne m'occuperai que de l'aspirateur à proprement parler et de l'aspiration ; laissant de côté les intermédiaires, en particulier la sonde : l'influence des courbures de la sonde, du nombre et de la position des œils sur la sonde, a été étudiée expérimentalement par Desnos dans ce journal.

On a, avec raison, fait les aspirateurs avec du caoutchouc : la puissance aspiratrice est représentée par l'élasticité du caoutchouc disposé en forme de poire, qui, après avoir été comprimée tend à reprendre sa forme naturelle. Mais cette puissance, cette force, suffisante pour déterminer l'aspiration de fragments même volumineux, est nécessairement limitée : elle est limitée par l'élasticité naturelle du caoutchouc ; étant limitée et relativement faible, elle ne doit éprouver aucune résistance, elle ne doit rencontrer aucun obstacle ; elle doit toujours être à son maximum. Si l'aspiration est gênée, elle ne produit plus ses effets. La poire n'aspire plus librement, si le canal d'aspiration est plus ou moins embarrassé dans l'un des points de son trajet depuis l'œil de la sonde jusqu'à la poire.

D'un autre côté, il est nécessaire d'éviter de rejeter dans la vessie les mucosités ou les fragments de calcul qui en ont été extraits par l'aspiration, d'où la nécessité d'interposer dans le courant de refoulement une grille qui, tout en laissant passer le liquide, arrête les graviers, les mucosités des caillots qui peuvent se trouver dans l'aspirateur.

Cette grille placée dans le courant de refoulement n'a aucun inconvénient, attendu que la puissance foulante est pour ainsi dire illimitée ; je veux dire par là qu'elle est

variable, et qu'elle peut augmenter et qu'elle augmente avec la résistance, dont on a à triompher; car elle est constituée par la main qui rapproche l'une contre l'autre les parois de la poire de caoutchouc; on proportionne la pression à la résistance qu'on éprouve ; si une main ne suffit pas, on peut en mettre deux; on peut avoir recours, si on est fatigué, à celles d'un aide.

Enfin il est, sinon indispensable, du moins utile et désirable que les fragments, une fois déposés dans le récipient où ils tombent, n'aient pas de tendance à en être chassés, de façon à éviter encore une fois de plus qu'ils ne rentrent dans la vessie.

Donc trois conditions, dont deux principales, essentielles, et une très importante, doivent être remplies par l'aspirateur.

Ce sont : 1° Liberté absolue de l'aspiration qui doit toujours être à son maximum d'effet.

2° Interposition d'une grille destinée à empêcher les mucosités et les fragments de calcul d'être refoulés dans la vessie.

3° Disposition empêchant les fragments d'être agités, remués dans le liquide, et d'être par suite rejetés dans la vessie.

Ces trois conditions, nous ne les trouvons pas réalisées dans tous les aspirateurs.

Nous ne nous occuperons que de ceux dont le mécanisme nous est familier ou de ceux qui nous paraissent être le plus employés.

Le modèle usité en France, qui a été construit par M. Collin et porte le nom d'aspirateur du professeur Guyon, présente les défauts que nous devons éviter. C'est une modification de l'aspirateur primitif de sir H. Thompson.

La forme générale de cet aspirateur est celle que l'on trouve reproduite ici (fig. 1) avec cette différence que la portion de tube correspondant à la lettre F n'existe pas, et que la poire n'a pas d'ouverture latérale. Au bas de la poire, entre

cette poire et le cylindre terminé en bas par la boule, se trouve une grille destinée à empêcher les mucosités et les fragments de calcul ainsi que les caillots sanguins d'entrer dans la poire. Cette grille se trouve donc placée dans le courant de l'aspiration, donc elle peut être et est assez souvent obstruée dès lors, l'aspiration est entravée ou nulle. J'ajoute qu'elle ne sert à rien, qu'à retenir certaines mucosités, celles qui restent dessous pouvant être renvoyées dans la sonde et par suite dans la vessie. De plus, quand on refoule le liquide, on met en mouvement tous les fragments déjà entassés dans le récipient inférieur; on risque donc de les faire repasser en partie dans la vessie.

Dans l'aspirateur Thompson, nouveau modèle, les principaux défauts sont évités : l'aspiration est libre et à son maximum; une grille est interposée dans le courant de refoulement : cette grille est portée sur une soupape qui s'ouvre très facilement dans le sens de l'aspiration. Mais malheureusement dans la pratique voici ce qu'on observe : des mucosités ou des fragments de calcul empêchent la soupape de se fermer complètement au moment du refoulement, et d'autre part les fragments et mucosités sont mis alors en mouvement et peuvent ainsi par la porte entre-bâillée repasser dans la vessie.

Dans l'aspirateur de Corradi, la soupape est dans le courant d'aspiration et dans le courant de refoulement. S'il offre un avantage, il a aussi un grand désavantage. Je n'insiste pas.

C'est après m'être servi de ces différents instruments, après avoir apprécié les avantages et les inconvénients de chacun d'eux, que je me suis décidé à les pallier et à en faire construire un.

C'est sur mes indications et mes dessins que l'habile fabricant que nous connaissons tous, M. Collin, a bien voulu se charger de le construire en y apportant cette inépuisable obligeance que nous mettons si souvent à contribution.

Ce n'est qu'après l'avoir essayé un grand nombre de fois,

surtout dans les cas de calcul phosphatique avec vessies malades et enduites de mucosités, que je me suis décidé à en parler et à le recommander : je ne crois pas être aveuglé par mon amour-propre d'auteur en disant qu'il m'a paru réaliser la plus grande somme de *desiderata*.

L'aspiration est une trop bonne méthode pour ne pas donner beaucoup de satisfactions, quel que soit l'instrument

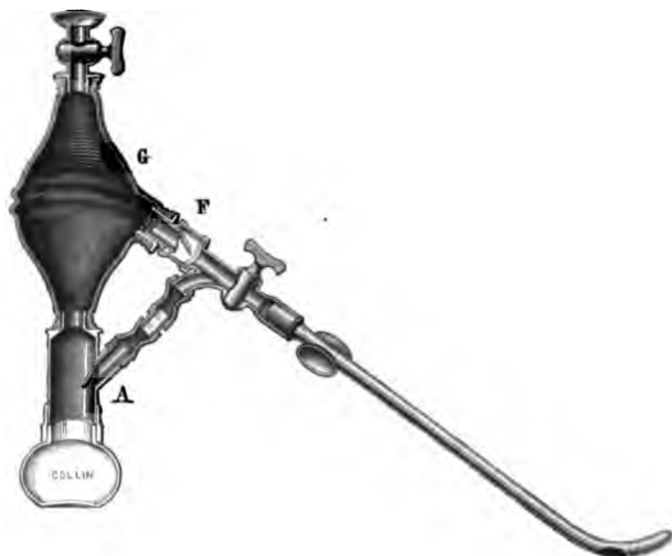


Fig. 1.

que l'on emploie : c'est pourquoi un certain nombre de chirurgiens se contenteront peut-être de celui qu'ils ont. Cependant on conviendra avec moi que plus un instrument est parfait, ou, si on aime mieux, moins il est imparfait, meilleurs seront les résultats : nous devons nous appliquer à l'avoir le plus parfait possible.

Après l'avoir décrit, je dirai impartialement ce que j'ai observé ; car, je le répète, c'est après avoir consciencieusement essayé les autres et après avoir vu leurs imperfections, non pas dans des expériences *in vitro*, mais dans de

nombreuses opérations de lithotritie, que je me suis décidé à en faire construire un : ce n'est pas pour le vain plaisir de dire, comme beaucoup autrefois, *mon instrument*.

Ce nouvel aspirateur comporte un tube d'aspiration A et un tube de refoulement F, c'est une vraie pompe aspirante et foulante, avec une soupape en F s'ouvrant vers la vessie et une soupape en A s'ouvrant vers la poire. Ces soupapes sont extrêmement mobiles, la soupape F se ferme pendant l'aspiration ; elle est fermée par le courant aspirateur, la soupape A est fermée par le courant de refoulement.

A l'origine du tube de refoulement, au-dessous du G, se trouve une grille qui est interposée dans le courant de refoulement et ne gêne par conséquent en rien l'aspiration.

Cette grille est sur le tube lui-même, et peut être très facilement enlevée et désobstruée si le besoin s'en fait sentir (1).

Voici maintenant ce que j'ai observé :

1° L'aspiration étant toujours à son maximum d'effet, je n'ai jamais été obligé de défaire l'appareil pour désobstruer la soupape, comme cela arrive assez souvent dans les cas de lithotritie pour calcul phosphatique. (Ce n'est que dans deux cas de vessie extrêmement malade que j'ai dû désobstruer la grille parce que le refoulement devenait trop pénible). On évite ainsi une certaine perte de temps, et on peut conduire l'aspiration jusqu'au bout sans interruption.

2° Quand on refoule le liquide dans la vessie, les fragments et mucosités qui se trouvent dans le récipient inférieur n'éprouvent pas le plus petit mouvement ; ils restent absolument immobiles.

Avec l'aspirateur Guyon et celui de Thompson, tous ces graviers sont mis en mouvement, et je crois qu'un certain nombre doivent rentrer dans la vessie ; car depuis que je me

(1) J'avais déjà, quelque temps avant d'avoir fait construire cet aspirateur, fait mettre la grille dans l'aspirateur Guyon sur un cylindre mobile qu'on pouvait retirer et par suite nettoyer facilement, ce qui n'était guère facile avec le modèle primitif.

sers de mon aspirateur, je n'observe plus deux choses que j'observais autrefois dans mes opérations et que j'ai observées chez les malades non opérés par moi.

Ces deux choses sont : 1° la sortie de fins débris et de petits fragments pendant le jour ou les jours qui suivent l'opération. Ces fragments sont beaucoup trop petits pour n'avoir pas pu être aspirés : il est probable, je dirai même *certain pour moi,* que ces débris ont été rejetés dans la vessie.

2° Je n'ai plus eu à faire de deuxième séance pour des fragments dont la forme m'était évidemment inconnue, mais qui me paraissaient susceptibles de passer par les œils de la sonde. Auparavant j'étais obligé de faire des séances dites de revision, et j'en ai vu faire qui me paraissaient rentrer dans la catégorie de ces cas-là.

Ce sont ces considérations qui m'ont décidé à écrire ces lignes et à faire connaître un instrument qui réalise un certain perfectionnement dans l'application de la *grande méthode* de l'aspiration.

Uréthrotomie externe pour deux rétrécissements ; Cathétérisme rétrograde avec taille hypogastrique : guérison,

Par M. le docteur Delefosse.

M. X..., âgé de 53 ans, se présentait chez moi au mois d'avril dernier dans les conditions de santé suivantes : Envies fréquentes d'uriner, aussi bien la nuit que le jour, urines purulentes. Quand le malade urine, le premier jet est assez souvent lancé assez loin, mais subitement il est arrêté et la miction ne se fait plus que goutte à goutte avec douleur et ténesme. Quelquefois, il faut un certain temps avant que l'urine vienne à couler, même lorsque le besoin

est pressant. Souvent de la pesanteur au périnée. Les accès de fièvre et les frissons se répètent à intervalles assez rapprochés, En général peu d'appétit, langue saburrale : faiblesse très prononcée.

Depuis trois ans, le malade ne peut plus se sonder, ce qu'il faisait très facilement à cette époque. Les sondes introduites s'arrêtaient toujours au même endroit et le malade, devant cet obstacle infranchissable, a renoncé à se servir de l'instrument évacuateur.

Interrogé sur les antécédents de sa maladie, M. X... me fit l'historique suivant que je résume en quelques lignes : blennorrhagies dans la jeunesse ; il y a 14 ans (1875), abcès au périnée, qu'on a laissé s'ouvrir spontanément à l'extérieur : pendant quelques jours, des gouttes d'urine passent par la fistule au moment de la miction ; au bout de trois semaines guérison (au moment de l'opération, il n'y avait aucune trace de fistule à la peau). 18 mois après, nouvel abcès qui s'ouvre cette fois dans l'urèthre. En 1879, rétention d'urine subite ; le canal examiné pour la première fois, on reconnaît un rétrécissement qui est traité par la dilatation temporaire. Puis le malade néglige de continuer les passages de sonde : de 1879 à 1886, poussées de cystite. Depuis 1886, impossibilité de passer des sondes, et accidents généralement consécutifs à un rétrécissement, cystite, rétention d'urine, etc., traités par des charlatans au moyen de tisanes spéciales, etc.

D'après ces symptômes, je diagnostiquai un rétrécissement du canal avec dilatation probable en arrière et je me mis en devoir de confirmer le diagnostic avec la bougie exploratrice.

Une bougie à bout olivaire, employée pour l'exploration de l'urèthre, du calibre n° 12, fut arrêtée à 8 centimètres du méat. J'introduisis successivement des instruments en gomme de calibre de plus en plus petit, mais il me fut impossible de dépasser ce point uréthral. Ne voulant pas fatiguer le canal, j'engageai le malade à venir me revoir, après avoir

pris un bain et un lavement laudanisé. A la deuxième séance, je ne pus franchir le rétrécissement qu'avec la bougie préconisée dernièrement par mon excellent confrère et ami le docteur Bazy. Une fois l'obstacle franchi, quoique la bougie fût serrée par le rétrécissement, je sentis que le bec était libre et se mouvait dans une cavité contenant des brides; mais je fus de nouveau arrêté au niveau du bulbe. Étais-je en présence d'un nouveau rétrécissement, ou, au contraire, existait-il une contracture du col produite par la coarctation pénienne? Pour m'en assurer, je prescrivis: à prendre pendant quatre jours des bains de siège, matin et soir, des suppositoires à la cocaïne, et boire modérément des boissons délayantes. La contracture devait céder, au moins en partie, avec ce régime. Malgré ce traitement, pendant deux séances consécutives, il me fut impossible d'arriver dans la portion musculeuse. J'étais donc en présence d'un rétrécissement infranchissable pour le moment. Il arrive assez fréquemment qu'avec de la patience, du temps et des soins que je puis appeler classiques, ce rétrécissement dit infranchissable soit traversé. Cependant, dans le cas actuel, je constatai que chaque séance d'exploration, quoique cette dernière fût faite avec la plus grande douceur et pendant seulement quelques minutes, irritait le canal. Après chacune d'elles, le malade était pris d'accès de fièvre, de frissons et quelquefois il existait une rétention presque complète. Ce n'était qu'avec des efforts répétés que l'urine sortait goutte à goutte.

Devant l'impossibilité absolue de passer une bougie à travers le rétrécissement bulbaire, devant ces accidents fréquents d'urémie après l'exploration, enfin devant l'état de santé et de faiblesse de M. X..., je résolus de forcer le passage au moyen de l'uréthrotomie externe. Je pensais qu'il valait mieux faire de suite une opération qui deviendrait urgente plus tard et dans de bien plus mauvaises conditions.

Néanmoins, quoique l'état général ne fût pas compromis sans rémission, quoique le ballottement rénal, suivant le

procédé indiqué par M. le professeur Guyon, ne révélât aucune altération grave des reins, je n'étais pas sans être inquiet et sur la difficulté et sur la gravité de l'opération.

S'il s'était agi d'un cas simple, la marche à suivre aurait pu être celle-ci. Le premier rétrécissement, dilaté progressivement ou incisé de dedans en dehors, aurait permis l'introduction d'une bougie pour aller à la recherche plus facile du second rétrécissement et, dans tous les cas, aurait facilité l'opération de la boutonnière. Mais je ne crus pas devoir m'arrêter à ce mode opératoire, non seulement pour les motifs indiqués plus haut, mais aussi pour les raisons suivantes : d'abord le rétrécissement pénien paraissait tellement dur qu'il est certain que la dilatation temporaire n'eût pas réussi ; en outre, il eût été difficile de faire la section avec la lame coupante, car toute la bougie conductrice de l'uréthrotome se serait pelotonnée entre les rétrécissements : enfin le bout postérieur du canal derrière le second rétrécissement me semblait difficile à atteindre sans faire une boutonnière ; or, du moment qu'il était nécessaire d'employer le bistouri, autant opérer le rétrécissement pénien avec l'uréthrotomie externe. En résumé, dans mon opinion, qui fut plus tard justifiée, j'étais en présence d'un canal, libre jusqu'à 8 centimètres du méat, et, de là au bulbe, fermé par deux rétrécissements annulaires, très étroits et très durs, séparés par une espèce de cloaque, résultat des abcès antérieurs. Le cours de l'urine ne pouvait être rétabli que par une opération urgente.

Je résolus d'employer le manuel opératoire suivant : inciser le premier rétrécissement de dehors en dedans, élargir l'ouverture périnéale par en bas, puis aller, par cette plaie, à la recherche du deuxième rétrécissement ; essayer d'engager dans celui-là une sonde cannelée et débrider la coarctation d'avant en arrière pour pénétrer dans la portion musculeuse.

Ce deuxième temps me donnait à réfléchir, car tousles chirurgiens savent combien il est difficile de trouver le

bout postérieur du canal, dans les cas simples : ici, à plus forte raison, la difficulté était augmentée par la petitesse de l'ouverture, située pour ainsi dire dans les parois d'un sac.

Il me restait alors comme dernière ressource le cathétérisme d'arrière en avant.

Le cathétérisme rétrograde a été indiqué, en cette circonstance, par M. le professeur Duplay, qui a rapporté une observation très remarquable d'une réussite complète dans un cas très grave. (*Archives générales de médecine*, juillet 1883 et *Encyclopédie internationale de chirurgie*, 1888.)

Chez mon malade, la taille hypogastrique était compliquée par la petitesse du réservoir vésical (ce qui est assez souvent l'inverse): car la percussion abdominale donnait un son clair à la région prévésicale, et cependant la vessie devait forcément se vider d'une façon très incomplète.

Une autre complication se présentait: M. X... est asthmatique à un haut degré et les quintes de toux violentes pouvaient déranger les tubes-siphons et sondes placés après l'opération.

Malgré ces complications probables, encouragé par la réussite du cas cité plus haut et d'autres relatés depuis celui-là, je résolus d'opérer en suivant exactement les indications que je viens de discuter.

Le mardi 14 mai 1889, assisté de MM. les docteurs Knopf (de Clichy), Rey et de Launay (de Paris), j'opérai dans les conditions suivantes :

Le malade étant endormi, j'essayai encore une fois de passer une fine bougie, espérant, dans le cas de réussite, de n'avoir à exécuter que l'uréthrotomie interne.

Devant l'impossibilité absolue de franchir le rétrécissement bulbaire, le malade fut placé comme pour la taille périnéale. J'introduisis une sonde métallique droite, n° 14, jusqu'au premier rétrécissement ; cette sonde fut confiée à un aide avec recommandation de la tenir bien droite, ver-

ticale et toujours en contact avec le rétrécissement, pendant qu'avec l'autre main, mon collègue relèverait fortement le scrotum.

Le bec de l'instrument étant parfaitement senti extérieurement, je fis une incision à la peau, le long du raphé, incision de 5 centimètres, partant à un demi-centimètre au-dessus du bec de la sonde. Le premier rétrécissement incisé, la sonde métallique droite fut retirée et remplacée par un cathéter cannelé pour me faciliter l'incision du canal comme dans l'opération de la taille périnéale. J'essayai, avant, d'engager le bec de la sonde courbe dans la portion musculeuse, soit en suivant la paroi supérieure du canal, soit en l'aidant avec l'index dans le rectum. Après plusieurs essais, je fus obligé de renoncer à ce cathétérisme et j'incisai le canal. Le doigt, introduit dans la plaie jusqu'au cathéter, me fit reconnaître une poche du volume d'une petite amande, dont le plus grand axe était dans l'axe du canal; de petites brides sillonnaient cette cavité. Je me rendis compte tout de suite de la difficulté que j'avais prévue, pour trouver le bout postérieur dans de pareilles conditions. Cependant, voulant éviter autant que possible la taille hypogastrique, je tentais, au moyen de fines sondes métalliques, de stylets boutonnés, de sondes cannelées, de pénétrer dans la portion musculeuse, ces instruments étant guidés et soutenus par l'index de la main gauche, index introduit tantôt dans la plaie, tantôt dans le rectum. Au bout d'une demi-heure de tentatives infructueuses, je dus y renoncer et je fis la taille hypogastrique. Le ballon de Petersen, placé dans le rectum, fut gonflé avec 300 grammes d'eau tiède: malgré cette quantité de liquide, l'abdomen n'était nullement ballonné et je craignis même que le gonflement du ballon n'eût servi qu'à appliquer la vessie derrière le pubis.

La taille fut faite suivant les règles ordinaires: après l'incision cutanée, des fils attachés aux bords de la plaie donnèrent un peu de jour, mais ce ne fut que très

profondément qu'apparut la face antérieure de la vessie.

Au moment où je mettais à nu le muscle vésical, et que je le touchais avec l'index, pour me rendre compte du point où je devais plonger le bistouri, je sentis la plaie se remplir spontanément d'un liquide chaud, ayant la valeur comme quantité d'un verre à bordeaux : il me fut facile de reconnaître que la vessie était tellement friable que la simple pression, le simple frottement du doigt avait produit sa rupture. Je fis immédiatement éponger le liquide et, introduisant le doigt par cette ouverture spontanée, j'allai à la recherche du col de la vessie, que je trouvai normal et très profondément situé : la capacité vésicale était très petite, les parois friables, molles, sans colonnes et lisses. Me servant du doigt comme conducteur, je fis le cathétérisme rétrograde avec une sonde courbe en gomme à bout olivaire n° 16. Cette sonde s'arrêta, après un faible parcours : la confiant à un aide, avec mission de la pousser légèrement, j'introduisis le doigt dans la plaie périnéale et je reconnus l'olive au fond de la plaie, séparée du doigt par un tissu dur d'environ 2 millimètres d'épaisseur. Prenant un bistouri très pointu, guidé par l'ongle du doigt, je débridai sur l'olive, et la sonde, poussée d'arrière en avant, vint sortir par la plaie périnéale.

La plus grave partie de l'opération était faite : les deux rétrécissements sectionnés laissaient passer facilement une bougie n° 16 ; il ne s'agissait plus que de traverser tout le canal avec une sonde unique et de laisser cette dernière à demeure. J'employai les mêmes procédés que pour l'uréthrotomie interne, une bougie conductrice, passée d'abord dans les deux sondes, puis celles-ci retirées, servant de guide à une sonde ouverte aux deux bouts.

Cette sonde à demeure, dont le bec ressortait dans la vessie d'un centimètre, fut attachée au-dessus du méat, avec des fils fixés aux poils du pubis.

Quoique l'évacuation de l'urine fût certainement assurée par ce moyen, je n'en plaçai pas moins le tube-siphon à

courbure fixe de Guyon dans la plaie abdominale. Cette dernière fut suturée de haut en bas, ne laissant à l'extrémité inférieure que l'espace nécessaire pour le passage du tube-siphon.

Je pansai la plaie abdominale suivant les préceptes ordinaires : je laissai la plaie périnéale telle quelle, me contentant de placer une éponge aseptique entre les jambes. J'avais eu soin de m'assurer, avant de procéder au pansement, du parfait fonctionnement de la sonde et du tube-siphon, en injectant modérément par l'un d'eux de l'eau boriquée tiède, teintée de lait.

L'opération avait duré une heure et demie, y compris le temps nécessaire pour la chloroformisation. Le malade perdit si peu de sang, que pendant toute l'opération je n'eus pas besoin de me servir d'eau. Quelques éponges suffirent pour absterger les plaies et absorber le sang et l'urine.

Grâce aux soins empressés et dévoués de mon confrère le docteur Knopf, qui voulut bien m'aider dans cette tâche, les suites de l'opération furent très bénignes.

Pendant les 5 premiers jours, le pouls ne dépassa pas 100 et la température monta une seule fois à 39°,9. La moyenne des pulsations fut de 80 et celle de la température de 38°.

Le cinquième jour qui suivit celui de l'opération, je retirai la sonde de l'urèthre et je la remplaçai par une autre n° 16, en caoutchouc rouge. J'avais espéré pouvoir faire cette substitution en me servant de la bougie conductrice, mais la sonde laissée à demeure était trop incrustée de phosphate pour permettre le passage de la bougie, quelque petit que fût le diamètre de cette dernière.

Heureusement qu'en suivant la paroi supérieure du canal, je pus arriver sans encombre dans la vessie.

Le lendemain, je retirai le tube-siphon, qui était aussi recouvert de concrétions phosphatiques; je laissai un drain en caoutchouc dans la cavité prévésicale.

Malgré les quintes de toux du malade, quintes qui furent

un peu atténuées par l'opium et le datura, tout se passa sans encombre.

La température et le pouls devinrent normaux.

Le quinzième jour, je laissai le malade six heures sans sonde dans le canal : mais quelques gouttes d'urine étant encore sorties par la plaie abdominale, quoiqu'il y eût un jet par le canal, je replaçai une sonde dans l'urèthre et je substituai au drain abdominal de la gaze iodoformée remplissant la cavité de la plaie et servant de siphon. L'incision périnéale suppure très peu.

En résumé, quinze jours après l'opération, le malade est dans un état général de santé excellent : il mange très bien. La plaie abdominale bourgeonne, la plaie périnéale est presque fermée et le canal est très facilement parcouru par une sonde en gomme du calibre n° 16.

Trois semaines après l'opération, l'opéré est en très bonne santé, il a bon appétit, pas de fièvre ; la sonde est enlevée définitivement ; la plaie abdominale est presque fermée (un centimètre de plaie cutanée). Le périnée n'est pas encore fermé complètement, mais tout est en très bonne voie de guérison.

Le 15 août, trois mois après l'opération, le malade, complètement remis depuis quelques semaines, urine très facilement et peut entreprendre un voyage. Le calibre du canal est maintenu pour le passage hebdomadaire d'une bougie n° 16 en gomme, laquelle passe très facilement.

Quelles conclusions peut-on tirer de cette observation ? Il est difficile de formuler une règle quelconque quand on n'a pour base qu'un fait. Cependant, en rapprochant celui-ci du cas de M. le professeur Duplay et d'autres ayant une certaine similitude, il est peut-être permis d'en tirer quelque opinion.

Un premier point très important, c'est que le malade, quoique placé dans les conditions les plus défavorables, vessie très petite, péritoine non soulevé, taille hypogas-

trique sans liquide dans le réservoir vésical, asthme très prononcé, vessie se rompant spontanément, plaie périnéale, double uréthrotomie externe; le malade, dis-je, a supporté une grave opération, d'une façon très encourageante pour l'avenir.

Cette observation est encore une preuve irréfutable des principes suivants. Les reins peuvent rester très longtemps indemnes dans les rétrécissements organiques, à marche lente; quand ils sont indemnes, les opérations sur les voies urinaires sont peu graves, tandis qu'un simple cathétérisme peut être mortel dans les cas d'affections rénales. L'écoulement de l'urine bien assuré est un des principaux facteurs pour le succès de l'opération.

Ce cas tendrait à prouver en outre que la taille hypogastrique, permettant de pratiquer le cathétérisme rétrograde, serait préférable à la recherche du bout postérieur de l'urèthre dans la plaie périnéale, quand cette recherche est très compliquée. Elle éviterait ainsi, dans les cas de rupture de l'urèthre par traumatisme, par exemple, la difficulté souvent insurmontable du passage de la sonde d'avant en arrière.

Enfin, si l'emploi de la taille hypogastrique pour les calculs vésicaux, au lieu de celui de la taille périnéale, est très discutable, l'avantage de cette opération dans certains cas déterminés, tumeurs vésicales, cathétérisme rétrograde, s'affirme de plus en plus, même lorsque le manuel opératoire est rendu plus compliqué par le manque de liquide dans la cavité vésicale.

Cette observation m'a engagé à faire une étude d'ensemble des cas similaires qui ont été publiés jusqu'à ce jour.

Le cathétérisme rétrograde, pour combattre un rétrécissement infranchissable, est actuellement pratiqué d'une façon plus fréquente qu'il y a quelques années. Cette phase

nouvelle est due à la facilité et à l'innocuité relative de la taille sus-pubienne. Il me paraît nécessaire de s'arrêter sur cette étude qui présente beaucoup d'intérêt. Et tout d'abord une distinction très importante doit être faite en ce qui concerne le mode d'introduction de la sonde dans la cavité vésicale : celle-ci peut être introduite soit après une ponction, soit après la taille hypogastrique. La ponction est et doit être abandonnée, je ne m'occuperai donc que du cathétérisme rétrograde après la taille hypogastrique.

Les lecteurs qui voudront une bibliographie et un historique complet de cette question n'auront qu'à se reporter à l'excellent rapport du docteur Monod, rapport fait à la Société de chirurgie le 8 avril 1886 et reproduit par les *Annales* (mai, juin 1886) à propos de deux cas de cathétérisme rétrograde présentés par MM. Cauchois et Douart. Ce rapport que je vais résumer en quelques mots sera le point de départ de l'étude du cathétérisme rétrograde depuis 1886 jusqu'en 1889.

Après avoir établi que Souberbielle est le premier qui ait osé s'ouvrir une voie à travers l'hypogastre jusque dans la vessie pour pratiquer le cathétérisme d'arrière en avant, notre savant confrère tient à bien démontrer ce point de bibliographie que c'est à tort que les Allemands attribuent à un chirurgien américain, Brénard (de Chicago), cette idée de procéder et de l'avoir le premier mise à exécution. Il rend en outre au professeur Duplay le mérite d'avoir compris le parti que l'on pouvait tirer de cette opération, à titre de manœuvre préliminaire, pour l'exécution du cathétérisme rétrograde, menacé, sans cette ressource, de retomber dans un oubli fâcheux.

M. Monod se demande d'abord quelles sont les indications générales de cette opération et recherche dans quelles circonstances il est permis ou avantageux d'y avoir recours. Il en trouve trois : 1° dans les rétrécissements dits infranchissables de l'urèthre, en établissant en principe que, dans

ces conditions, le cathétérisme rétrograde ne peut jamais être qu'une opération complémentaire faite au cours d'une uréthrotomie externe et pour en faciliter l'exécution; 2° dans certains cas de rupture traumatique récente de l'urèthre, le cathétérisme rétrograde d'emblée ou retardé de quelques jours pourra devenir l'opération de choix, voire même de nécessité; 3° dans les cas d'une affection de la prostate ou d'une fausse route, cas très rares.

Comme technique opératoire, le rapporteur conseille l'incision perpendiculaire au pubis, puis l'introduction d'un cathéter métallique à grande courbure quand il y aura eu uréthrotomie externe. Ce rapport, marque une étape très importante de l'étude de la question.

Depuis mai 1886, de nouveaux cas ont été publiés, d'autres présentés à la Société de chirurgie; des médecins ont fait du cathétérisme rétrograde le sujet de leurs thèses : M. Chuquet à Paris (23 juin 1888); M. Caylus à Bordeaux (24 juillet 1889), etc.

La classification suivie par le docteur Monod me paraît devoir être acceptée. Divisant les causes en trois classes distinctes, j'étudierai le cathétérisme rétrograde séparément dans chacune de ces classes, puis la technique opératoire, commune d'ailleurs à tous les cas de la taille hypogastrique en ce qui concerne la section cutanée et la recherche du col, le choix de la sonde et la sonde à demeure.

M. Monod a signalé, jusqu'en 1886, 48 cas de cathétérisme rétrograde de l'urèthre, qui forment le relevé à peu près complet de tous les cas publiés à cette époque, ne faisant aucune distinction entre ceux dans lesquels la ponction a été choisie comme chemin pour arriver jusqu'au col vésical, et ceux où la taille hypogastrique a été appliquée.

Je ne m'occuperai dans les observations résumées suivantes que des opérations ayant eu la taille hypogastrique comme technique opératoire.

1° Cathétérisme rétrograde avec taille hypogastrique pour rétrécissements infranchissables.

1° J. Bœckel (1804) (*Thèse de Garcin*, Strasbourg 1884).

Homme de 47 ans, rétention complète d'urine, cathétérisme impossible par suite d'un rétrécissement infranchissable. Uréthrotomie externe. On ne peut retrouver ni le bout antérieur ni le bout postérieur, par suite de l'induration du périnée : taille sus-pubienne; la sonde est arrêtée à 2 centimètres du canal, percement du canal par la pression d'une sonde cannelée qui vient ressortir par la plaie périnéale. — Le bout antérieur ne fut recherché que 20 jours plus tard; sonde enlevée le 15 juin, deux mois après la 2e opération, le malade sort de l'hôpital complètement guéri.

2° Giraldès (*Gaz. des hôpitaux*, 1867, n° 114, p. 453).

Enfant de 14 ans, atteint d'un rétrécissement absolument infranchissable avec fistules multiples. Une incision périnéale est pratiquée : mais on ne put retrouver le canal, il fallut aller « avec le bistouri, à la recherche de la vessie comme dans la taille par le haut appareil ». La vessie fut ouverte et le cathétérisme rétrograde fut pratiqué : on plaça une sonde à demeure. Cette opération fit reconnaître que l'urèthre était oblitéré dans une étendue d'au moins 4 centimètres. Guérison.

3° Eug. Bœckel (1868) (*Thèse de Garcin*, Strasbourg 1884).

Enfant de 20 mois, atteint de dysurie extrême. Le cathétérisme est impossible. Le petit malade est hypospade et a un rétrécissement congénital de l'urèthre. Bœckel essaya d'abord la recherche de l'urèthre par le périnée : n'ayant pu réussir, il pratiqua la cystotomie sus-pubienne. Le cathétérisme rétrograde fut fait avec une petite sonde en argent qui vint sortir par le périnée. Ce qui prouve que, si l'urèthre n'avait pas été traversé, il avait du moins été sectionné. Le cathétérisme de la plaie périnéale au méat fut fait avec un stylet fin, lequel vint buter contre une fine ouverture située sur la lèvre droite du méat.

Onze jours après l'opération, l'enfant urinait par le canal; au bout d'un mois les plaies étaient fermées et le malade guéri.

4° Eug. Bœckel (1873) (*Thèse de Garcin*).

Vieillard de 71 ans, atteint d'un rétrécissement infranchissable qui exige l'uréthrotomie externe. Par suite de l'impossibilité de trouver le bout postérieur, Bœckel fait de suite la taille hypogastrique. — Sonde à demeure; — mort le 5e jour qui suivit l'opération.

(5° Péan (1877) (*Leçons cliniques* (1882), p. 629.)

Malade âgé de 66 ans, rétrécissements multiples de l'urèthre, infiltration d'urine. Traitement anti-inflammatoire pendant 3 mois; cathétérisme impossible, uréthrotomie externe : tentatives pendant 12 jours pour retrouver le bout postérieur. Taille sus-pubienne. Cathétérisme rétrograde. Guérison complète au bout de 3 mois.

6° Duplay (1882) (*Arch. générales de méd.* 7e série, t. XII, p. 38).

Homme de 38 ans. En 1879 chute sur le périnée : entré à l'hôpital 3 jours après avec un abcès urineux; large boutonnière périnéale; le malade reste 26 jours à l'hôpital, puis sort le 25 avril 1882. Entré à l'hôpital, rétrécissement infranchissable, traumatique, le 11 mai, l'uréthrotomie externe est pratiquée sans conducteur; impossibilité de trouver le bout postérieur; le 9 novembre 1882, taille sus-pubienne, — guérison.

7° Cauchois (1885) (*Société de chirurgie*, 8 avril 1886).

Homme de 26 ans, rétrécissement traumatique dû à une chute avec rupture de l'urèthre, phlegmon périnéal et fistules : le 10 décembre 1884, première tentative de recherche du bout postérieur par l'uréthrotomie externe; insuccès. Le 5 février 1885, deuxième tentative et taille sus-pubienne; le malade guéri quitte l'hôpital 4 mois après l'opération.

8° Rohmer (1885) (*Thèse de Beaucard*, Nancy 1885, n° 206).

Jeune homme de 25 ans ; fistule urinaire par contusion très forte; 3 mois après l'accident, cathétérisme impossible. Uréthrotomie externe : impossibilité de trouver le bout postérieur; cathétérisme rétrograde. — Au bout de 10 mois, le malade est complètement guéri.

9° Tillaux (1887) (*Société de chirurgie*, 25 fév. 1888).

Adulte de 34 ans. Chute à califourchon sur un tréteau étroit, le 6 mai 1886. Entré dans le service le 30 avril 1887, cathétérisme impossible. — Uréthrotomie externe, impossibilité de trouver le bout postérieur. Le 18 juillet, cathétérisme rétrograde. Quinze jours après le malade urine facilement et sort guéri de l'hôpital.

10° Troisfontaine (*Ann. de la Société méd. chir. de Liège*, 1888).

Homme de 60 ans, urinant difficilement depuis 8 ans, n'a jamais eu de traumatisme ni de blennorrhagie. Rétrécissement à 9 centimètres du méat. Cathétérisme impossible, uréthrotomie externe : 6 jours plus tard, taille hypogastrique; guérison.

11° Boursier (1888) (*Thèse de Caylus*, Bordeaux 1889).

Malade atteint d'un rétrécissement traumatique de date ancienne. — Uréthrotomie externe, taille hypogastrique (25 oct. 1888). Les deux sondes uréthrales et vésicales étaient séparées par un tissu cicatriciel d'une épaisseur de plus d'un centimètre. Suites très heureuses. — Guérison.

12° Vigo (1888) (*Société de chirurgie*, 2 mai 1888).

Rupture de l'urèthre ayant occasionné un rétrécissement infranchissable. Uréthrotomie externe, taille hypogastrique, guérison.

13° Defontaine (1888) (*Société de chirurgie* 14 nov. 1888).

Enfant de 14 ans, rétrécissement traumatique de l'urèthre impossible à franchir; uréthrotomie externe, taille sus-pubienne. Guérison.

14° Pousson (1889) (*Thèse de Caylus*).

Homme de 65 ans. Rétrécissement inflammatoire, ne laissant passer que le n° 10; arrêts dans la région bulbaire par un corps étranger (sonde); essais infructueux pour retirer cette dernière; 3 jours après, rétention complète d'urine, phlegmon périnéal. Uréthrotomie externe, extraction d'un calcul, puis taille hypogastrique et cathétérisme rétrograde. — Mort 36 heures après l'opération.

15° Lamarque (*Thèse de Bordeaux* 1889).

Adulte de 33 ans. Rétrécissement inflammatoire; — entrée à l'hôpital 11 octobre 1888; — du 11 au 20, tentatives de cathétérisme infructueuses; uréthrotomie externe le 26 novembre; impossibilité de retrouver le bout postérieur. — Cathétérisme rétrograde le 19 décembre pour remédier à l'état général et à la miction qui se fait par le méat et la plaie. — Le 29, état général bon; Guérison.

16° Princeteau (1889) (*Thèse de Caylus*).

Adulte de 36 ans. Entré à l'hôpital le 17 février pour rétrécissement infranchissable; blennorrhagies antérieures, rétention d'urine, urine par regorgement; tentatives infructueuses pour passer des bougies filiformes, suivies de fièvre. Rétrécissement à 12 centimètres du méat; reins compromis. La taille hypogastrique est d'abord pratiquée; puis une incision curviligne est faite au-devant de l'anus pour aller à la recherche des bouts des sondes vésicale et uréthrales.
Mort 16 jours après l'opération, d'urémie causée par une multitude d'abcès criblant le parenchyme rénal.

17° Delefosse (*Observation publiée au commencement de ce travail*).

Voici donc 17 cas de cathétérisme rétrograde nécessité par l'impossibilité de franchir un rétrécissement et de trouver le bout postérieur après l'uréthrotomie externe.

Sur ces 17 cas, les rétrécissements étaient de nature inflammatoire dans 10, et traumatiques dans 7, du moins autant que l'on peut en juger, car certaines observations anciennes laissent un peu de doute.

Cette statistique serait en désaccord avec l'opinion de M. Chuquet que, à l'époque actuelle, avec le perfectionnement croissant des instruments, ces cas deviennent de plus en plus rare : « On arrive presque toujours, avec de la patience et du soin, à franchir les rétrécissements de cette nature. Certains auteurs disent même qu'il n'y a pas de rétrécissement infranchissable. » La pratique journalière, tout en acceptant la facilité de plus en plus grande du cathétérisme avec les nouvelles bougies filiformes ou autres, ne peut s'arrêter à une opinion aussi radicale que la certitude d'arriver toujours à un résultat. Il y a des cas, rares il est vrai, mais plus fréquents qu'on ne le croit, où le passage est réellement impossible, malgré l'habileté du chirurgien et le choix des instruments : d'un autre côté, ces rétrécissements inflammatoires, tout en étant perméables, peuvent être accompagnés d'obstacles uréthraux, comme dans l'observation que je relate, et, enfin, il ne faut pas oublier que bien souvent les anciens rétrécis ont des reins malades, que le moindre cathétérisme leur donne des accès de fièvre, exigeant la suppression de tout passage d'instruments. Il est donc dangereux de propager une pareille doctrine, et dans certaines conditions il ne faut pas s'acharner pendant des jours et même des mois à essayer un passage infructueux; l'uréthrotomie externe s'impose, et avec elle le cathétérisme rétrograde, si la découverte du bout postérieur n'est pas possible.

Il me paraît certain que plus les chirurgiens seront convaincus de l'innocuité de l'uréthrotomie externe et de la taille hypogastrique, plus ils auront recours à ces dernières

opérations, dans des cas bien déterminés, opérations qui auront pour principal avantage de donner immédiatement un libre cours à l'urine et d'empêcher ainsi, comme l'a parfaitement démontré M. le professeur Guyon, l'inflammation de sortir de la zone vésicale, ce qu'il faut, avant tout, obtenir à tout prix.

Sur les 17 cas rapportés plus haut, 14 ont eu pour terminaison une guérison complète et, dans les 3 cas de mort, il s'agit d'un vieillard de 71 ans (Bœckel) et de deux malades dont les voies urinaires étaient dans un état déplorable (Pousson, Princeteau).

Et cependant la taille hypogastrique est loin d'avoir, dans ces observations, la facilité de manuel opératoire que l'on trouve quand il s'agit de la pratiquer pour l'extraction d'un calcul. En effet, d'abord l'impossibilité absolue de passer une bougie ne prouve pas qu'il y a rétention complète d'urine et que l'on trouvera toujours une vessie pleine, comme si on y avait introduit du liquide, introduction ordinaire avant l'opération ; il peut arriver, de même que chez mon malade, que la vessie soit vide ou à peu près, soit parce que la miction peut encore se faire régulièrement petit à petit, soit qu'elle ait lieu par une voie détournée (fistule). D'autres fois, l'opération n'est pas décidée par une rétention d'urine complète, mais pour d'autres motifs (Tillaux, Delefosse), et dans ces cas la vessie est aussi à l'état de vacuité. On a pensé que l'on pouvait remédier à ce défaut de ballonnement vésical par un stratagème qui consisterait à engager le malade à conserver ses urines pendant quelques heures avant l'opération : c'est un résultat difficile à obtenir, car les malades urinent généralement dans cette affection, très souvent, et, malgré les tortures qu'ils peuvent s'imposer, réussissent rarement à conserver une quantité suffisante de liquide.

Les succès obtenus, même dans des conditions défavorables d'opération, doivent donc encourager les chirurgiens à considérer le cathétérisme rétrograde non pas comme un moyen ultime, mais comme une méthode de

choix dans certains cas où, il y a quelques années, la taille sus-pubienne eût été regardée comme une témérité.

La ponction capillaire peut-elle remplacer en partie cette opération? Les observations rapportées par Bouilly, Berlin, etc., semblent favorables à cette opinion. Devant les résultats heureux obtenus par ces chirurgiens, on peut essayer au début cette méthode, à la condition toutefois que la vessie soit pleine et tout en n'oubliant pas que, surtout, dans les rétrécissements traumatiques, ces résultats ne sont souvent que passagers et que la taille sus-pubienne devient alors une opération de nécessité.

Dans toutes les observations citées plus haut, sauf une, l'uréthrotomie externe a été pratiquée d'abord, puis, devant l'impossibilité de trouver le bout postérieur, la taille hypogastrique est devenue nécessaire. Le docteur Princeteau a cru devoir commencer par la taille hypogastrique; c'est une manière de procéder que je ne crois pas bonne : en voici les raisons. D'abord il peut se faire que l'uréthrotomie externe soit suffisante pour faire parcourir tout le canal par une sonde, la cystotomie sus-pubienne devient donc inutile : en outre, quand l'incision vésicale est nécessaire, puisqu'il faudra toujours employer l'uréthrotomie externe, pourquoi ne pas commencer de suite par elle, car je ne pense pas qu'il soit plus facile de faire le cathétérisme d'arrière en avant, que d'avant en arrière, sans aucune incision périnéale, du moins dans les cas de rétrécissements infranchissables.

Deux points plus importants à étudier sont ceux-ci : Doit-on, après l'uréthrotomie externe, n'user que modérément des moyens indiqués par les différents auteurs pour retrouver le bout postérieur (ils sont nombreux), et recourir, je ne dirai pas d'emblée, mais très promptement à la taille hypogastrique? Doit-on faire en une seule séance l'uréthrotomie externe et la taille lorsque cette dernière est jugée nécessaire?

Dans ces dernières années, l'étude de la recherche du bout postérieur de l'urèthre par l'uréthrotomie externe a donné lieu à des travaux remarquables : il me suffira de

citer ceux de MM. Cros et Guyon, la thèse d'agrégation de Terrillon, les dernières discussions à la Société de chirurgie 1888, à propos du malade de M. Tillaux, et enfin une observation de M. Barette. La multiplicité des procédés indiqués prouve qu'il y a dans la réussite de cette recherche beaucoup de chance, à côté de l'habileté de l'opérateur, quoique la plupart soient basés sur des considérations anatomiques. M. Monod pense que l'on ne doit recourir à l'incision vésicale que quand de longues et patientes recherches n'ayant pas abouti, il vaut mieux opérer que d'abandonner le malade dans un état pitoyable. Pour notre éminent confrère, la cystotomie devient simplement une opération *in extremis;* je pense, au contraire, que tout en n'acceptant pas d'emblée l'incision vésicale comme une opération de choix, celle-ci ne doit pas être réduite à un rôle aussi minime.

Le chirurgien doit commencer par rechercher le bout postérieur: mais s'il voit des difficultés sérieuses, il ne doit pas hésiter à pratiquer de suite la taille hypogastrique : et ces difficultés sérieuses sont fréquentes; il faut retrouver, au fond d'une plaie, pleine de sang, de pus, une ouverture située souvent dans un tissu induré, dans une cavité, dans une région anatomique déformée par un état pathologique. Devant la bénignité de la taille hypogastrique, il vaut mieux ne plus, comme auparavant, s'attarder à des recherches souvent infructueuses, assiduité de recherches parfaitement compréhensible quand il ne restait plus, comme ressource ultime, qu'une opération tellement dangereuse qu'elle était presque complètement abandonnée.

Laissant de côté le cas de Bœckel (1804) qui ne fit la taille hypogastrique que dix jours après l'uréthrotomie externe. laps de temps dû à la nécessité de laisser reposer le malade opéré à l'état de veille, les autres observations nous montrent que chaque chirurgien a suivi une méthode personnelle, les uns faisant l'uréthrotomie externe et la taille en une seule séance, les autres séparant les deux incisions par

un nombre plus ou moins considérable de jours. Ces différentes manières de voir sont basées comme les précédentes sur les particularités de chaque état spécial qui se présentait au chirurgien : je crois, pour ma part, qu'il est utile de faire les deux opérations dans la même séance, dans la plus grande majorité des cas; bien entendu, quand il s'agit d'un rétrécissement infranchissable de date ancienne, inflammatoire ou traumatique, ou d'une rupture récente de l'urèthre. Une observation de M. Simon, publiée dans la thèse de Caylus, vient à l'appui de mon opinion. Ce chirurgien n'ayant pas réussi à trouver le bout postérieur après l'uréthrotomie externe, se proposait de faire le cathétérisme rétrograde trois jours après, quand le malade mourut dans l'intervalle de fièvre urineuse. M. Caylus fait suivre cette relation d'une réflexion très juste : « Ne vaudrait-il pas mieux, dans ce cas, recourir d'emblée au cathétérisme rétrograde? On éviterait ainsi le gros inconvénient de laisser une opération qui est non seulement inachevée, mais qui reste inutile. On verra par ce qui va suivre que quand cette conduite a été tenue, le succès a, le plus souvent, couronné l'intervention opératoire. »

2° Cathétérisme rétrograde avec taille hypogastrique pour rupture traumatique récente de l'urèthre.

1° Péan 1875 (*Thèse de Bollard*, Paris).

Jeune homme de 24 ans, pris sous un éboulement, a l'urèthre rompu. Rétention d'urine, cathétérisme impossible. Ponction capillaire pendant 15 jours, 2 fois par jour. Au bout de ce temps, une ouverture spontanée se fait à la partie supérieure de la cuisse, par où la vessie se vide. Un mois après l'accident, uréthrotomie externe, impossibilité de trouver le bout postérieur. 11 jours plus tard, deuxième tentative aussi infructueuse : taille sus-pubienne séance tenante. Deux mois après, guérison complète.

2° Douart (*Rapport de Monod, Société de chirurgie*, 8 avril 1886).

Jeune garçon de 8 ans, en descendant d'un arbre, tombe à cheval sur un échalas, l'extrémité pénètre dans le pli inguino-scrotal droit.

Rétention complète d'urine. Cathétérisme impossible. Ponction capillaire pendant 5 jours : puis uréthrotomie externe; impossibilité de retrouver le bout postérieur. Taille hypogastrique : 19 jours après l'opération, toutes les plaies étaient fermées, l'urine s'écoule librement par le canal.

3° Piedvache (*Société de chirurgie*, 1882 (t. VIII, p. 840).

Observation très incomplète, citée pour mémoire.

Dans son rapport, Monod fait observer avec juste raison que les faits relatifs à la taille hypogastrique avec cathétérisme rétrograde après rupture récente sont rares, et que d'un autre côté le résultat obtenu en si peu de temps (Douart) (19 jours) est très rare, même dans l'uréthrotomie externe.

A ces 3 faits cités par Monod, j'ajouterai celui de Montaz, quoique la rupture ait eu lieu dans la région prostatique.

4° Montaz (*Revue de chirurgie*, juillet 1888).

Homme de 38 ans, vigoureux, sur lequel avait passé transversalement une charrette chargée de 50 quintaux. Entré à l'hôpital le lendemain. Issue continuelle de l'urine par l'anus, non par gouttes, mais par une imbibition constante de la région. Une sonde à béquille bute près de la vessie. Rétention d'urine avec vessie pleine atteignant presque l'ombilic ; on diagnostique, rupture de la prostate. Après étude complète de la question thérapeutique, M. Montaz se décide pour la taille hypogastrique, sans ballon rectal. Cathétérisme rétrograde, les sondes s'arrêtent à 1 centimètre du col : de même celles introduites par le méat; alors l'opérateur fit la manœuvre suivante : introduction d'un cathéter métallique par le méat, poussé jusqu'à ce qu'il bute près du col. Introduction du doigt dans le col par la région vésicale. Il s'aperçoit aussitôt que le bec de la sonde échappait le col et venait soulever la vessie à droite du col, à 1 centimètre de celui-ci. Dégagement de la sonde par le méat, et le bec dirigé par les deux mains arrive dans la vessie. — Le 3e jour de l'opération, le malade est pris d'une hémorrhagie anale foudroyante. M. Montaz fait observer avec justesse que ce cas est excessivement rare, même unique.

Il existe enfin encore un cinquième cas dû à Volkmann. décrit par Ranke dans le *Deutsche med. Wochenschrift*. 1876, n° 6, p. 62.

Il s'agit d'un jeune garçon de 7 ans, chez lequel l'urèthre avait été rompu près du col vésical : il fut impossible de le retrouver dans la plaie périnéale et, quoique le malade urinât, le chirurgien, convaincu qu'il lui serait impossible de trouver le bout postérieur, fit immédiatement la taille. Trois semaines après, l'enfant était guéri. — Il resta une déviation de l'urèthre.

Dans ces 5 cas, les résultats furent excellents, quoique le malade de Montaz succombât ; mais, comme le dit l'auteur, la guérison était assurée sans la rupture d'une artère ; et il faut ajouter que dans les 2 cas relatifs à des enfants, la rapidité de la guérison fut surprenante.

De même que, pour les rétrécissements infranchissables, plus la chirurgie fera de progrès, plus la taille hypogastrique deviendra une opération de choix en présence d'une rupture traumatique récente de l'urèthre.

Il y a quelques années, j'ai eu à soigner 2 cas de rupture du canal : les difficultés pour trouver le bout postérieur, au milieu de tissus gonflés, contusionnés, ont été tellement grandes que, si je me retrouve maintenant en pareille circonstance, je n'hésiterai pas à suivre le procédé de Volkmann et à opérer de suite par la taille hypogastrique, dès que l'examen du malade après l'incision périnéale m'aura démontré une impossibilité ou même une grande difficulté de trouver le bout postérieur.

Jusqu'à ces derniers temps, la pratique consistait à faire une incision au périnée et ensuite soit à rechercher le bout postérieur de l'urèthre par les procédés si connus, soit à attendre les événements : c'est ce qui explique la rareté des observations citées plus haut ; car il ne faut pas oublier que, bien souvent, la rupture n'empêche pas l'émission de l'urine, soit par la plaie, soit par le méat. Actuellement je crois que les conclusions de Monod doivent être adoptées et même plus accentuées : « La temporisation ne devra pas être indéfinie. Les tentatives faites pour retrouver le bout postérieur et pénétrer par cette voie dans la vessie seront renouvelées. Mais lorsqu'il sera bien démontré qu'elles sont et

resteront infructueuses, plutôt que de laisser le rétrécissement, voire même l'oblitération de l'urèthre s'établir avec toutes ses conséquences, ne sera-t-on pas autorisé à recourir à une opération complémentaire qui, en permettant de franchir, ou mieux de trouver l'obstacle, assure une prompte et complète guérison ? »

3° Cathétérisme rétrograde avec taille hypogastrique lorsque l'obstacle au cathétérisme dépend d'une affection de la prostate ou d'une fausse route.

Jusqu'en 1886, Monod ne connaît que deux faits rentrant dans cette classe ; mes recherches personnelles m'ont amené à cette même connaissance.

E. Bœckel (*Thèse de Garcin*).

Vieillard de 79 ans, rétention d'urine.

Une fausse route rend le cathétérisme impossible : le malade était aussi atteint d'une hypertrophie prostatique. Grâce à la taille, il fut facile de faire pénétrer une sonde d'arrière en avant, mais elle ne put être supportée. Sept jours après, le malade mourait avec tous les signes d'une pneumonie hypostatique.

Rohmer (de Nancy) (*Annales* 1885, n° 1, p. 3).

Homme de 68 ans, prostate hypertrophiée, se sondait quatre fois par jour : le cathétérisme étant devenu impossible, on fait des ponctions hypogastriques. Puis taille hypogastrique avec cathétérisme rétrograde : la sonde ne peut être gardée plus de 24 heures. Guérison, mais, en somme, cathétérisme nécessaire dans la suite.

Si, jusqu'en 1886, la littérature médicale était pauvre sur ce sujet : elle est devenue promptement riche dans ces deux dernières années. A l'Association des chirurgiens des organes génito-urinaires à Washington (1888), le docteur Wassen, de Boston, a lu un mémoire sur ce sujet et relaté deux observations pour traitement radical de l'hypertrophie de la prostate : dans l'une le malade a guéri, dans l'autre il y a eu mort.

Le docteur Abner Post, de Boston, raconte un cas de

prostatotomie, chez un homme de 42 ans, qui apporta un soulagement complet.

Dans le *the New-York med. Report* (9 mars 1889), le docteur Richardson rapporte l'histoire d'un malade atteint d'une hypertrophie prostatique, qui fut pris de rétention complète; on fit d'abord des ponctions hypogastriques, mais la taille hypogastrique devint bientôt une opération nécessaire. Le tube de drainage ne put pas être conservé plus de 2 heures; malgré cet accident, les suites de l'opération furent aussi satisfaisantes que possible, et après la cicatrisation complète de la plaie, le malade pouvait rester 3 heures sans uriner, et la miction n'était nullement douloureuse. La guérison était complète au bout d'un mois.

Helferich, dans le *Centr. f. Chir.* (1889, p. 532), publie l'observation d'un homme de 70 ans, atteint d'hypertrophie prostatique avec cystite intense, auquel il fit la taille hypogastrique : ablation aux ciseaux du lobe moyen énorme; la miction se maintient normale depuis 3 ans.

Enfin je citerai le remarquable travail de Kummel dont M. Broca a donné une excellente analyse dans le numéro d'août 1889 des *Annales*. Cette question est actuellement complètement à l'étude, mais elle me mènerait trop loin, et, d'un autre côté, dans beaucoup d'observations il s'agit souvent, soit de l'enlèvement des lobes moyens ou latéraux de la prostate, soit de la création d'un trajet sus-pubien momentané pour l'urine : la taille hypogastrique comme temps préliminaire, puis cathétérisme rétrograde pour rétention d'urine d'origine prostatique ou de fausses routes, est très rarement employée.

Pour ce qui est relatif aux engorgements prostatiques, M. le professeur Guyon, dans ses *Leçons cliniques* (1888, p. 607) indique la véritable voie que tout chirurgien doit suivre en pareille occasion; et je ne puis mieux faire que de citer textuellement les lignes qu'il a écrites sur ce sujet : « Le cathétérisme par le malade, et répété toutes les fois qu'il est possible, est le meilleur traitement : il n'est pas

raisonnablement possible d'espérer par aucune intervention opératoire le rétablissement de la miction spontanée. Mais on rencontre des malades qui, malgré tous les artifices en usage, malgré même l'emploi prolongé de la sonde à demeure, n'arrivent à pouvoir se sonder ou se sondent si difficilement qu'ils sont à chaque instant menacés de n'y point réussir ou de faire des fausses routes. Ceux-là sont dans des conditions toutes spéciales, dont il faut absolument tenir compte, et c'est pour des cas semblables que je suis tout disposé à entreprendre une opération sérieuse. Les difficultés du cathétérisme qui tiennent, tantôt à la saillie du lobe moyen, tantôt à l'existence d'un repli valvulaire, tantôt aux déviations brusques produites par l'hypertrophie des lobes latéraux, pourront être levées par une opération appropriée... La grave question du traitement, dit radical, appliquée à l'hypertrophie de la prostate, prend ainsi des proportions excessivement modestes... Il ne faut pas se laisser séduire par les promesses exagérées d'une chirurgie qui ne tient pas un compte exact des réalités cliniques. » Devant le débordement d'opérations faites sur les lobes prostatiques, depuis trois ou quatre ans, tant en Amérique qu'en Allemagne, devant les résultats si contradictoires obtenus par ces opérations, on ne peut que féliciter un maître éminent d'avoir essayé de prémunir les chirurgiens contre ces procédés radicaux, et de les avoir engagés à rester dans le vieux chemin classique, qui est encore celui qui, jusqu'à présent, donne les meilleurs résultats.

L'étude raisonnée des cas compris dans les trois classes que je viens d'analyser prouve que, pour les deux premières le cathétérisme rétrograde a des indications plus fréquentes qu'on ne l'a admis jusqu'à ce jour, et qu'il faut au contraire être très réservé dans son emploi pour la troisième.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Le manuel opératoire de la taille hypogastrique est trop connu pour le donner ici en détail ; j'insisterai seulement sur

les trois points principaux suivants : 1° direction de l'incision sus-pubienne; 2° recherche du col vésical et introduction du cathéter; 3° choix de la sonde à demeure, et mise en place de cette dernière.

1° *Direction de l'incision sus-pubienne.* — Nous avons vu qu'il arrive assez souvent que l'incision de la vessie doit se faire, ce réservoir étant vide : le ballon de Petersen, qui est un adjuvant très utile, ne donne pas les résultats importants que l'on obtient quand la vessie est pleine ; aussi des chirurgiens ont-ils cherché une incision cutanée qui permette d'arriver à la vessie située profondément et contre le pubis sans crainte de blesser le péritoine qui n'a pas été soulevé par la plénitude de la vessie.

Et tout d'abord cette blessure du péritoine, tout en devant être évitée le plus possible, n'est plus aussi dangereuse que par le passé, sans aller cependant aussi loin que le docteur Rydygier, qui émettait, au Congrès des médecins polonais de Lemberg (juillet 1888), l'opinion qu'on peut sans crainte traverser le péritoine, la facilité avec laquelle se font les adhérences péritonéales assurant le succès, la blessure de la séreuse se guérissant d'elle-même, ou par la suture dans la majorité des cas. D'ailleurs, avec des précautions, cet accident s'évite facilement. Monod pense que l'incision ordinaire devant être plus courte que dans la taille pour calculs, on a toute chance d'éviter cette complication. Je crois que, du moment qu'il faut recourir à l'incision, sa longueur ne doit pas être changée, car plus elle sera grande, plus elle permettra de voir clair et d'agir avec commodité pour bien relever le péritoine et atteindre la vessie située souvent très profondément : on en sera quitte pour quelques points de suture de plus à la peau.

Je relaterai succinctement, d'après les observations citées plus haut, les différents procédés dont les chirurgiens se sont servis en dehors de l'incision verticale ordinaire qui a été généralement employée.

Duplay. Incision transversale de 5 centimètres au-dessus

du pubis, avec le thermo-cautère. — La vessie difficilement saisie est amenée au moyen d'un crochet aigu, entre les lèvres de l'incision, et ponctionnée pour permettre l'introduction d'une sonde d'argent.

CAUCHOIS. L'incision est faite transversalement juste au-dessus de l'os qu'elle rasait. La vessie ne se trouvant pas, il fallut faire tomber sur la lèvre supérieure de l'incision transversale une deuxième incision verticale.

Ces deux cas ne sont pas faits pour engager les chirurgiens à modifier la direction de l'incision.

EINGEBRODT (de Berne), faisant toujours la taille hypogastrique sans ballon rectal ni injection vésicale, pratique une incision horizontale, symétrique à l'angle inférieur de l'incision médiane. Pour relever le péritoine, une fois la couche périvésicale aperçue, on introduit l'index et le médius gauches dans la plaie, le dos de l'ongle contre la symphyse et les doigts recourbés en crochet protègent la séreuse réclinée.

Un conseil de PÉAN, qui me paraît, comme à Monod, devoir être suivi, consiste, lorsque la vessie contient de l'urine, à évacuer d'abord cette dernière par la ponction et l'aspiration avant l'ouverture de la vessie ; les motifs se comprennent très facilement.

2° *Recherche du col vésical et introduction du cathéter.* — La recherche du col est généralement facile, malgré l'avis opposé émis par quelques chirurgiens. Chez mon malade, je l'ai trouvé très nettement et sans hésitation, malgré sa situation très profonde, avec l'index gauche. M. Tillaux pense avec juste raison qu'il n'est pas nécessaire de voir le col : il suffit de le sentir avec le doigt qui sert alors de conducteur. Les notions anatomiques guident sûrement, et il n'est pas indispensable d'avoir recours à d'autre sens que le toucher.

C'est presque toujours un cathéter métallique qui est introduit dans le col, cathéter à grande courbure, dont le bec suit prudemment la face postérieure de la symphyse pubienne. Je suis peu partisan de cette méthode. Voici pour-

quoi. Deux cas peuvent se présenter : ou le chirurgien pense n'avoir à parcourir qu'un canal libre, ou qu'il sera arrêté avant d'arriver dans l'ouverture périnéale. Dans le premier cas, il suffit, en longeant l'index servant de conducteur jusqu'au col, d'introduire une sonde coupée aux deux bouts comme dans l'uréthrotomie interne : la manœuvre est très simple et sans danger. Si le canal est obstrué, la bougie en gomme à bout olivaire, contenant une lame de plomb près du bec, offre une résistance suffisante pour servir de conducteur au bistouri, même quand il y a un tissu inodulaire assez sérieux à couper; cette bougie a tous les avantages du cathéter métallique sans en avoir la rigidité, une sonde avec mandrin remplirait le même office.

3° *Placement de la sonde.* — Faut-il employer une sonde en caoutchouc molle ou une sonde en gomme. Si l'on n'envisageait que la possibilité de laisser la sonde le plus longtemps possible sans la changer, point très important dans les cas dont je m'occupe, la première vaudrait mieux, car elle résiste davantage à l'incrustation et à la détérioration; mais cette sonde reste généralement mal dans l'urèthre : il arrive assez souvent que, bien attachée au méat, elle profite, pour ainsi dire, de cette attache, comme point d'appui et sort du canal lentement sans que le malade s'en aperçoive. Je préfère la sonde en gomme.

La manière la plus simple pour introduire la sonde dans tout le canal me paraît être la suivante. Une sonde à bout coupé n° 16 est introduite par le col vésical jusque dans la plaie périnéale; une autre, de même espèce, va du méat à cette même plaie périnéale. On fait parcourir l'une des deux sondes par une longue bougie conductrice ; puis, quand cette dernière a parcouru aussi la deuxième, il suffit de pousser l'une ou l'autre des sondes; celle qui doit rester chasse l'autre tout en étant dirigée par la bougie conductrice. Péan emploie comme conducteur un long mandrin de baleine.

Les autres procédés qui ont été employés ou conseillés sont les suivants :

1° Le cathéter métallique ayant parcouru, d'arrière en avant, le bout postérieur, on coiffe son bec, dans la plaie périnéale, de l'extrémité de la sonde qui a été introduite. d'avant en arrière, par le méat (Douart) : il suffit ensuite de retirer le cathéter qui entraîne la sonde. Ce procédé a un inconvénient : l'encapuchonnage du bec forme un bourrelet qui peut amener, dans le parcours, l'arrêt de la sonde et même la séparation des deux instruments.

2° On peut se servir, au lieu de sondes à bout coupé, de deux sondes à bout olivaire : les deux olives sont réunies dans la plaie périnéale par un fil, et l'on tire l'une ou l'autre sonde. — Même inconvénient que le précédent, car les deux bouts olivaires adossés, forment bourrelet.

3° Une grosse sonde est introduite par le col et dans la plaie périnéale; on engage dans la cavité de cette sonde une sonde de plus petit diamètre, préalablement introduite par le méat. Ce procédé est surtout indiqué dans les cas de rupture récente, quand il n'y a pas de rétrécissement : l'arrière-canal a alors toute l'amplitude désirable pour le passage d'une grosse sonde.

4° Giraldès a décrit un procédé qui ressemble à celui indiqué n° 2. On emboîte l'un dans l'autre le bout périnéal des sondes et, après les avoir fixés avec un fil de sûreté, on tire sur la sonde uréthrale, qui entraîne à sa suite la sonde vésicale. On coupe le fil de sûreté, et alors il ne reste plus que la sonde hypogastrique établissant une communication non interrompue entre la vessie et l'urèthre. L'extrémité hypogastrique de la sonde est maintenue au dehors de la vessie au moyen d'un fil collé sur le ventre par une bande de diachylon. Ce fil permettra de ramener la sonde à l'hypogastre si par hasard elle se perdait dans la vessie. Lorsqu'on veut changer la sonde, on attache à son bout hypogastrique celle qui doit la remplacer, et en tirant sur la première, la seconde se trouve mise en place. Tant que la seconde fait saillie à l'hypogastre et à l'extrémité inférieure de l'urèthre, il faut avoir soin de fenêtrer la portion

de l'instrument qui plonge dans la vessie, afin que l'urine s'écoule facilement par la portion uréthrale.

5° Duplay a employé le procédé suivant : les sondes étant dans la plaie périnéale, on passe par l'œil de la sonde uréthrale un fort fil ciré qui est attaché par une autre extrémité au bec de la sonde introduite dans la vessie. En retirant celle-ci par la plaie abdominale, le fil est entraîné à l'extérieur et il suffit de tirer sur lui pour engager, dans le bout postérieur de l'urèthre, la sonde en gomme introduite par le méat et la faire pénétrer dans la vessie. Ce fil sert pour assurer le renouvellement de la sonde.

6° Enfin je terminerai par un procédé que M. Defontaine a perfectionné : il consiste à introduire un long tube en caoutchouc allant de l'hypogastre au méat ; la portion de ce tube qui séjourne dans la cavité vésicale est percée de nombreux trous faits au thermo-cautère.

Comme le drainage par l'hypogastre est utile, malgré la sonde à demeure uréthrale, ce dernier procédé a l'avantage d'éviter le bouchage des sondes. En effet, le bout vésical de la sonde uréthrale est quelquefois obstrué, soit par des mucosités, soit par les parois de la vessie qui le coiffent. En outre l'incrustation et la détérioration étant moins à craindre avec le caoutchouc rouge, le renouvellement de la sonde est moins fréquent.

CONCLUSIONS

1° La taille hypogastrique, dans le cathétérisme rétrograde, est l'opération préliminaire ; la ponction doit être abandonnée.

2° Le cathétérisme rétrograde doit être d'un emploi plus fréquent que dans le passé, lorsqu'il s'agit de rétrécissements infranchissables : elle doit devenir dans ces cas une opération de choix et non de nécessité, après avoir fait toujours, au préalable, l'uréthrotomie externe.

3° Le cathétérisme rétrograde est d'un emploi moins fré-

quent dans les cas de rupture récente de l'urèthre. Cependant la recherche du bout postérieur doit être exécutée dans des limites plus restreintes que par le passé.

4° Le cathétérisme rétrograde doit être très rarement employé lorsqu'on est en présence d'une hypertrophie prostatique ou d'une fausse route occasionnant la rétention d'urine.

5° Il paraît préférable de faire, dans la même séance, l'uréthrotomie externe et le cathétérisme rétrograde.

6° Le cathétérisme rétrograde est une ressource thérapeutique très importante, qui mérite toute l'attention des chirurgiens.

REVUE CLINIQUE

Nouvel instrument pour retirer de la vessie les bougies de petit calibre,

Par M. le professeur F. Guyon

Le crochet si ingénieux de M. Collin m'a inspiré l'instrument dont je donne la figure.



Fig. 1. — Crochet de M. Collin.



Fig. 2. — Crochet de M. Guyon.

C'est, on le voit, une olive dont le centre est creusé en crochet recourbé. Cette forme permet l'introduction facile et s'oppose à l'accrochement de la muqueuse lorsque l'on retire l'instrument. Cette olive-crochet est montée sur une

tige souple dont l'extrémité porte un index métallique destiné à indiquer la direction de l'ouverture du crochet. La souplesse de la tige permet au crochet, dont la pesanteur est assez marquée, de se mettre au contact de la paroi vésicale et d'y être facilement promené de façon à rencontrer la bougie, dont une portion, plus ou moins transversale, repose toujours sur la paroi inférieure de la vessie.

Cet instrument vient de me permettre de retirer de la façon la plus simple une bougie conductrice tombée dans la vessie pendant une opération d'uréthrotomie.

Sans doute, il est facile d'opérer cette extraction avec le lithotriteur, Mais on ne saurait cependant comparer cette manœuvre assez complexe avec celle que l'on exécute à l'aide de l'olive-crochet. Le hasard devra certainement jouer un rôle dans cette petite opération et ce n'est qu'à la troisième introduction que j'ai ramené la bougie. Mais la simplicité extrême de l'intervention compense largement ces minimes inconvénients. Elle met à la portée de tous une opération pour laquelle on recourt d'habitude à des opérateurs expérimentés. Aussi ai-je pensé qu'il était utile de faire connaître un instrument qui pourrait aussi, comme le crochet de M. Collin dont il émane, servir à l'extraction des épingles à cheveux.

REVUE DES JOURNAUX

PRESSE ALLEMANDE

1° Voie périnéale pour aborder la prostate et la face postérieure de la vessie, par M. O. Zuckerkandl. — Ce travail est le dernier d'une série que l'auteur a entreprise sur les opérations par la voie périnéale pour aborder les organes pelviens en passant dans le tissu cellulaire prérectal. Il est indiqué d'agir

de la sorte sur la prostate dans certains cas de fistule, d'abcès (où déjà Dittel a recommandé quelque chose d'analogue), d'hypertrophie. Pour certaines tumeurs, on aura avantage à arriver ainsi sur la face postérieure de la vessie : on parvient, sans léser d'organe important, jusqu'au niveau du sommet de l'organe et l'on peut sans peine extirper un néoplasme. L'opération peut se faire sans ouvrir le péritoine. Or les parties ainsi mises au jour sont précisément celles où les tumeurs ont leur siège de prédilection. On est dans d'excellentes conditions de drainage, car l'incision occupe la partie déclive de la vessie (*Ueber die perineale Blosslegung der Prostata und der hinteren Blasenwand,* in *Wiener med Presse,* 1889, n° 21 et 22, *Centr. f. Chir.* 1889, p. 589).

2° TRAITEMENT DU CATARRHE DE LA VESSIE, par M. L. FREY. — L'auteur recommande comme agent l'iodoforme, qui a l'avantage d'être un antiseptique agissant avec durée, analgésiant et désodorisant. Après lavage de la vessie à l'eau tiède, on injecte une cuillerée à bouche de l'émulsion suivante dans un demi-litre d'eau chaude :

Iodoforme.	50 gr.
Glycérine.	40 gr.
Eau distillée.	10 gr.
Gomme adragante.	25 centigr.

Cette injection est répétée tous les 3 jours. A l'ordinaire 3 ou 4 suffisent. Vingt-trois malades ont été traités de la sorte dans le service de Mosehtig Moorhof. Ils ont été guéris, ou tout au moins très améliorés, sans qu'il y ait eu une seule intoxication (*Zur Therapie des chronischen Blasenkatarrhs,* in *Wien med. Presse.* 1889, n° 20, d'après *Centralbl. f. Chir.* 1889, p. 583).

3° POLYPES DE L'URÈTHRE, par M. J. NEUBERGER. — Étude entreprise à l'occasion d'un cas diagnostiqué et traité dans le service de Grünfeld à l'aide de l'endoscope. Cette maladie est rare. Sa cause la plus ordinaire est une uréthrite ancienne, passée à la chronicité. Le siège de prédilection, chez la femme, est le voisinage du méat ; chez l'homme il est encore sujet à discussion. Le nombre, le volume sont des plus variables. Ceux de l'homme évoluent le plus souvent sans causer de symptômes ;

ceux de la femme, au contraire, provoquent en général une douleur notable. Chez l'homme, l'endoscope est fort utile pour le diagnostic et le traitement. Il n'en est pas de même chez la femme, surtout quand le polype est implanté près du méat. Des traitements variés ont été employés. Le plus simple est l'ablation avec un petit serre-nœud. Il faut savoir que, chez la femme surtout, ces petites tumeurs ont une assez grande tendance à la récidive (*Beitrag zur Lehre von den Polypen der Harnröhre*, in *Wiener med. Presse*, 1889, n[os] 22 et 23, d'après *Centr. f. Chir.* 1889, p. 582).

Premier congrès de la Société allemande de dermatologie, Prague, juin 1889 (d'après le Compte rendu de la *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1889, n° 29, p. 594).

4° SUR LA VALEUR DES GONOCOCCI EN DIAGNOSTIC ET EN THÉRAPEUTIQUE, par M. NEISSER. —Le gonocoque est constant dans les blennorrhagies de l'œil comme de l'urèthre, du rectum comme du vagin. Il est donc l'agent virulent de la blennorrhagie. Les uréthrites non gonococciques décrites par Bockhart ont une tout autre évolution; mais si dans la blennorrhagie le gonocoque est presque toujours seul, il n'en est pas toujours ainsi. Lustgarten et Mannaberg ont trouvé dans l'urèthre sain un diplocoque qui, au premier abord, ressemble beaucoup au gonocoque, mais en diffère parce qu'il se cultive sur les milieux ordinaires et non pas sur le seul sérum sanguin. Cette différence a une valeur diagnostique réelle. Dans la blennorrhagie aiguë en effet, quoique les microbes soient abondants dans les préparations microscopiques, les cultures ordinaires ne donnent que peu de colonies, aussi ne sont-elles pas formées par des gonocoques. Dans les formes chroniques, au contraire, les gonocoques sont peu nombreux et ce mode de recherche échoue, à moins qu'on n'ait d'abord tué les saprophytes par une injection au sublimé; alors, en effet, les gonocoques pullulent à la faveur de l'irritation de la muqueuse. Il est utile, dans les écoulements uréthraux, de bien étudier non seulement les cultures mais aussi les réactions colorantes (méthode de Gram), les dimensions, le groupement des microbes. Le siège des gonocoques dans l'intérieur des leucocytes a aussi quelque choze de spécial; des diplocoques injectés dans l'urèthre de blen-

norrhagiques ne se comportent pas de la même façon vis-à-vis de ces cellules. Il faut remarquer que les muqueuses uréthrales ne sont pas toutes douées d'une sensibilité égale vis-à-vis du gonocoque; aussi l'abondance de la suppuration n'est-elle pas proportionnelle à l'abondance des micro-organismes. Toutes les constatations bactériologiques ont, quoi qu'en dise Oberländer, un intérêt pratique. Le traitement doit employer, aussi vite que possible, des agents capables de tuer le goconocoque sans irriter la muqueuse. La chaudepisse obéit d'autant mieux à la thérapeutique qu'elle est plus aiguë.

M. Steinschneider insiste sur l'importance diagnostique de la méthode de Gram, avec seconde coloration au brun de Bismarck. Il a trouvé ainsi cinq fois le gonocoque dans la vulvovaginite des petites filles, et il en affirme, dès lors, la nature blennorrhagique.

5° Uréthrite postérieure, par M. Jadassohn (de Breslau). — L'auteur ayant fait le lavage complet de l'urèthre antérieur dans 165 blennorrhagies subaiguës et chroniques, a constaté que 51 fois il y avait de l'uréthrite postérieure, alors que la pratique de la miction en deux verres n'avait donné aucun résultat. Il a plusieurs fois trouvé de la sorte le gonocoque dans l'urèthre postérieur, alors qu'il n'en pouvait déceler dans l'antérieur. Cette méthode a donc un intérêt diagnostique réel.

Le diagnostic de l'uréthrite postérieure par la miction en deux verres repose, dit M. Finger, sur cette idée que le pus rétro-membraneux peut refluer dans la vessie, d'où il est expulsé dans la seconde partie de la miction. Il est aisé de s'assurer du fait en constatant que dans le sédiment du second verre le pus contient des gonocoques. Lorsque la cystite intervient, on trouve en outre dans le sédiment les éléments de la desquamation catarrhale de la vessie.

6° Endoscopie uréthrale après injections médicamenteuses. — M. Grünfeld a fait quelques observations de cette espèce. Il a constaté que la muqueuse est hypérémiée, comme d'ailleurs après chaque miction. Il a étudié en outre la manière dont se déposent sur la surface épithéliale les poudres souvent tenues en suspension dans l'injection (tannin, bismuth, etc.). Il a vu que des sédiments analogues se forment contre la paroi lorsque les urines sont riches en phosphates. Dr A. Broca.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

I° Académie des sciences.

1° LA RÉGION MEMBRANEUSE DE L'URÈTHRE, par le docteur LAVAUX (*Séance du 27 mai* 1889). — L'auteur a étudié la résistance du sphincter uréthral et l'a calculée au moyen de la pression atmosphérique, du poids d'une colonne cylindrique d'eau distillée et d'un tube de verre gradué, monté sur un tube de caoutchouc, relié lui-même à un mandrin tubulé. Après avoir rempli l'appareil d'eau distillée tiède et avoir placé le mandrin dans l'urèthre, il a élevé le tube gradué à 30 centimètres au-dessus du plan horizontal passant par le méat urinaire. Le liquide a rempli l'urèthre antérieur, puis le niveau est resté stationnaire dans le récipient. D'après cette expérience, M. Lavaux prétend que la capacité de l'urèthre antérieur est de 10, 12, 13 grammes et parfois davantage.

En élevant le tube gradué à une hauteur de 40 centimètres, le liquide baisse très peu ; à 52 centimètres, la résistance du sphincter uréthral est vaincue et le liquide passe dans la vessie. Si l'on abaisse alors le récipient de 5 centimètres, la colonne de liquide continue à diminuer de hauteur jusqu'à 40 centimètres. C'est alors que le niveau de l'eau dans le récipient reste stationnaire et la limite de résistance du sphincter uréthral est atteinte. Cette résistance est de $14^{gr},967$.

De plus, M. Lavaux assure que la loi de transmission des pressions n'est pas applicable à l'urèthre pénien. Plus l'orifice du mandrin est large, moins il faut élever le tube gradué pour vaincre la résistance du sphincter uréthral ; d'ailleurs il existe des différences individuelles considérables.

Cette résistance semble notablement affaiblie quand on anesthésie tout l'urèthre au moyen d'une solution de cocaïne injectée dans la vessie. Dans certains cas pathologiques où il

existe un véritable spasme de la région membraneuse résistant à une pression de 82 grammes, on peut, avec la cocaïne, triompher de ce spasme par une simple pression de 17 grammes.

Enfin, après avoir prétendu que l'inflammation affaiblit notablement la résistance du sphincter uréthral, M. Lavaux revient sur son irrigation antiseptique de l'urèthre et sur ses lavages de la vessie sans sonde.

2° Mode d'action de l'électrolyse linéaire dans le traitement des rétrécissements, par le docteur Fort (*Séance du 22 juillet* 1889). — Des opérations qu'il a pratiquées sur les rétrécissements non seulement de l'urèthre, mais de l'œsophage, du rectum et de l'utérus, M. Fort se croit autorisé à tirer les conclusions suivantes :

1° L'électrolyse linéaire est une destruction lente et moléculaire du tissu pathologique, s'accompagnant d'un dégagement d'hydrogène et du transport des alcalis du tissu électrolysé au pôle négatif ;

2° L'électrolyse linéaire, inoffensive, presque indolore, et durant à peine quelques minutes, se produit absolument à froid.

II° Académie de médecine.

Cystocèle vaginale opérée pendant le sommeil hypnotique, par le docteur Mesnet (*Séance du* 30 *juillet* 1889). — Il s'agit d'une jeune femme hystérique, atteinte de cystocèle vaginale simple, chez laquelle M. Tillaux a pratiqué, le 24 juin dernier, la colporraphie pendant le sommeil hypnotique. Endormie par la fixation du regard, la malade vint elle-même à l'amphithéâtre et se plaça sur la table d'opération. M. Tillaux enleva avec le bistouri une large surface rectangulaire de muqueuse vaginale, d'une étendue de 7 centimètres sur 4 environ de largeur, et rapprocha par des points de suture les bords de la surface avivée. L'opération, qui dura environ vingt minutes, ne fut ni sentie ni même soupçonnée par la malade, qui, au réveil, ne se croyait pas opérée. Une heure et demie après, il y eut une hémorrhagie assez abondante qui nécessita un tamponnement. M. Tillaux, à ce propos, pense que, pendant le sommeil hypnotique, le spasme des petits vaisseaux diminue la perte de sang au mo-

ment de l'opération ; mais, quand il cesse au réveil et que la circulation se rétablit largement, il peut se produire par ce fait des hémorrhagies plus ou moins abondantes. L'opérée a d'ailleurs parfaitement guéri, sans avoir souffert un seul instant.

III° Société de chirurgie.

1° ORCHIDORRAPHIE ET CURE RADICALE D'HYDROCÈLE CONGÉNITALE, par le docteur KIRMISSON (*Séance du* 10 *juillet* 1889).—M. Kirmisson présente un petit malade auquel il a fait la cure radicale d'une hydrocèle congénitale. Chez cet enfant le testicule remontait très haut, se collant toujours et malgré toutes les tractions contre l'anneau. Le chirurgien a profité de son opération pour fixer le testicule; mais le résultat n'est qu'à demi satisfaisant, le testicule ayant toujours, malgré les adhérences nouvelles, une grande tendance à remonter.

M. RICHELOT croit que la plupart des fixations du testicule se terminent de la même façon. Si l'organe descend aisément sous l'influence de tractions, l'opération est ordinairement inutile; s'il résiste aux tractions, ce n'est pas la suture qui le maintiendra, c'est au contraire le testicule qui entraînera vers l'anneau la partie du scrotum à laquelle il adhère. M. Richelot a vu, avec M. Reclus, de ces invaginations scrotales. La seule ressource, c'est la cure radicale : le testicule se meut dans un canal séreux; il faut détruire ce canal qui, du reste, constitue une prédisposition aux hernies.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE n'admet pas cette opinion de M. Richelot, d'autant plus que, précisement, l'opéré de M. Kirmisson est une démonstration de l'inefficacité de la cure radicale contre la mobilité testiculaire.

2° NÉPHRECTOMIE POUR REIN KYSTIQUE, par le docteur CH. MONOD (*Séance du* 17 *juillet*). — M. Monod présente un rein énorme enlevé avec beaucoup de difficulté chez une femme trachéotomisée deux fois à cause d'accès de dyspnée inexpliqués, mais dont la suffocation a été rapportée plus tard à de l'urémie, et qui, en tous cas, souffrait presque constamment et par paroxysmes de la région du rein gauche. M. Monod, soupçonnant une néphrite calculeuse, se proposa d'inciser le rein; mais, au

cours de l'opération, se trouvant en présence d'un rein kystique complètement dégénéré, il l'enleva.

Les urines avant l'opération étaient normales et suffisantes en quantité; dans les vingt-quatre heures qui ont suivi l'intervention, il a été rejeté plus d'un litre d'urine. Le pronostic doit être nécessairement très réservé, le rein du côté droit pouvant être ou devenir malade comme celui du côté gauche.

IVe Société de médecine pratique.

FÉTU DE PAILLE EXTRAIT DE LA VESSIE PAR LA TAILLE HYPOGASTRIQUE, par les docteurs H. PICARD et BOULANGER (*Séance du 20 juin 1889*). — Un jeune ouvrier de 20 ans s'introduit dans l'urèthre un fétu de paille de 9 centimètres, qui lui échappe parce qu'il est surpris par l'arrivée d'un camarade. Le corps étranger, tombé dans le vessie, n'empêcha pas le patient de se livrer à son travail et même de traîner une voiture à bras pendant 16 kilomètres. Mais, au quinzième jour, survient une incontinence d'urine, qui le force à avouer son accident. A ce moment, l'état général est normal, la verge un peu turgide, l'urèthre suinte légèrement, la vessie n'est pas douloureuse, mais l'exploration permet d'y sentir le corps étranger sous forme d'un très léger relief à peine appréciable.

M. Picard eut recours, dans ce cas, à la taille hypogastrique, parce que le lithotriteur d'une part glissait constamment sur le corps étranger et d'autre part exposait par une tentative d'extraction directe à briser dans l'urèthre un corps aussi friable. Rien à noter pendant ni après l'opération : le fétu de paille est trouvé appliqué sur la paroi latérale gauche de la vessie, dirigé obliquement en bas et en avant; la plaie est suturée en masse, sans réunir en aucune façon les lèvres de l'incision vésicale. L'opéré se lève le 17e jour et reprend son travail au bout d'un mois. Quelques mois après, ce jeune homme s'engage dans l'infanterie de marine, mais ne peut y rester que trois mois, son incontinence ayant reparu.

M. LAVAUX croit que chez ce malade on aurait pu essayer l'extraction par l'urèthre, car il regarde la taille hypogastrique comme une opération sérieuse à laquelle il ne faudrait pas trop se presser de recourir en pareille circonstance. Quant à l'in-

continence d'urine dont s'est plaint ce jeune homme, s'agissait-il bien là d'une incontinence vraie ou simplement d'un besoin impérieux d'uriner dû à la cystite engendrée par la présence du corps étranger dans la vessie?

M. Picard dit que toutes les tentatives d'extraction directe ont été faites avant d'en venir à la taille hypogastrique, laquelle d'ailleurs présente beaucoup moins de danger que ne semble le supposer M. Lavaux. L'incontinence du début pouvait être due au titillement du col par le corps étranger ; celle qui est survenue plus tard était peut-être déterminée par une cystite. M. Picard l'ignore, car à ce moment le malade, ayant quitté Paris, n'était plus soigné par lui.

V° Société de médecine de Paris.

Électrolyse des rétrécissements de l'urèthre, par le docteur Wickham (*Séance du 23 mars 1889*). — M. Wickham, dans cette communication, expose le procédé électrolytique de Newman, pour la cure radicale des rétrécissements de l'urèthre, procédé déjà décrit par M. Jamin dans le numéro d'août dernier des *Annales* (pp. 508 et suiv.) M. Wickham s'attache à démontrer l'immense différence d'action qui existe entre les procédés qui emploient de hautes intensités de courants et celui de Newman, lequel n'a rien de commun avec l'électrolyse de M. Fort. « L'uréthrotome électrolytique de ce dernier, ajoute-t-il, ne détrônera d'ailleurs pas l'instrument de Maisonneuve, et sa vogue inexpliquée ne sera, nous l'espérons, que temporaire. »

Au moment de sa communication à la Société de médecine de Paris (23 mars), M. Wickham faisait l'essai, chez un rétréci indilatable, des courants continus faibles. Le 2, le 5 et le 7 février, il n'avait pu réussir à passer dans l'urèthre de son malade une bougie n° 14. Le 12 février, première séance d'électrolyse. Le 16, il introduit avec assez de facilité les bougies Béniqué (sur conducteur) n°s 29 et 30. Le 19 février, le béniqué n° 32 franchit avec la plus grande difficulté la stricture bulbaire. Le 21 février, deuxième séance d'électrolyse : à ce moment, le malade s'absente et n'est revu que le 7 mars. Ce jour-là, contre toute attente, le béniqué n° 35 passe facilement ; il en est de même, le surlendemain, du béniqué n° 36. Le 12 mars, grande

difficulté à introduire le n° 39. Troisième séance d'électrolyse le 14 mars, et, cinq jours après, le béniqué n° 41 pénètre sans être serré. M. Wickhman devait continuer son expérience.

M. Reliquet approuve M. Wickham d'expérimenter une méthode qui provoque encore de vives discussions en Amérique; mais il lui reproche de l'avoir combinée avec des passages de bougies métalliques, car ainsi il est difficile de distinguer lequel des deux modes de traitement a eu raison du rétrécissement ou la part qui revient à chacun dans le bon résultat obtenu. En effet, il arrive souvent, dans le cours d'une dilatation progressive temporaire par les bougies, que, un jour, il est impossible de passer un numéro, et que, quelques jours après, sans avoir rien fait dans l'intervalle, ce numéro, très serré à la séance précédente, passe sans difficulté, ainsi que plusieurs autres plus gros quelquefois. Pour juger la valeur de la méthode de Newman, M. Reliquet estime qu'il faut l'employer seule.

VI° Société des sciences médicales de Lyon.

Néphrectomie pour hydronéphrose, par M. Ch. Audry, interne des hôpitaux de Lyon (*Séance de mai* 1889). — Le rein, qui est présenté, a été enlevé par M. Jaboulay, suppléant le docteur Poncet dans son service. L'examen local permettait de constater la présence d'une tumeur avec ballottement rénal des plus nets, de sorte que le diagnostic s'imposait malgré l'absence de phénomènes pathologiques du côté des urines.

M. Jaboulay fit l'incision de Langenbeck le long du bord externe du muscle droit comme pour pratiquer une néphrectomie transpéritonéale. Mais la présence du côlon au niveau de la plaie et le siège du rein sous le mésocôlon le forcèrent à modifier son procédé opératoire. Il fit alors partir du milieu de la première incision une incision perpendiculaire de 10 à 15 centimètres, arrivant dans le prolongement de la ligne axillaire. Puis, décollant le péritoine et passant entre cette séreuse et la peau, il atteignit et enleva le rein, après l'avoir énucléé de sa couche graisseuse. Aucune ligature ne fut nécessaire pendant ce temps de l'opération, et on se contenta de mettre à demeure sur le pédicule une pince de Richelot. — Les calices et le bas-

sinet étaient distendus par 4 à 500 grammes d'urine purulente, et le fait de la communication de toutes les poches fit porter le diagnostic d'hydronéphrose suppurée et non d'abcès multiples du rein. L'uretère n'était pas dilaté.

M. Poncet ajoute que l'état du malade, opéré par M. Jaboulay dans son service, est aussi satisfaisant que possible. Lui-même a eu deux fois l'occasion d'intervenir pour des kystes des reins. Dans un cas, après avoir retiré un liquide séro-purulent avec l'aiguille d'une seringue de Pravaz, il incisa le kyste suppuré du rein au thermo-cautère, et chercha, mais en vain, un calcul dont des coliques néphrétiques antérieures lui avaient fait supposer l'existence. Le malade guérit complètement et ses urines deviennent rapidement normales. Cette possibilité de réduire le volume du kyste par la ponction ne doit pas être oubliée; elle permet d'attaquer le rein par la voie lombaire qui est la voie de choix. On n'a sans doute pas trop à redouter la péritonite actuellement; cependant, l'incision large de la cavité séreuse aggrave l'intervention en augmentant le choc traumatique. Enfin, M. Poncet demande quel était le volume de la tumeur et la raison qui a fait préférer l'application de la pince de Richelot à la ligature.

M. Audry compare le volume de la tumeur à celui d'une tête de fœtus à terme et c'est ce volume qui a fait choisir l'incision antérieure. Quant à l'application de la pince de Richelot, elle présentait le double avantage de faire une hémostase parfaite et facile à une grande profondeur (10 centimètres au moins) et de drainer.

VII° Société anatomique de Paris.

1° Tumeur du rein, par M. de Saint-Germain, interne des hôpitaux (*Séance du 22 février* 1889). — Chez un homme de 71 ans n'ayant jamais présenté aucun symptôme rénal, on trouve à l'autopsie, faisant saillie à la face postérieure d'un rein, une tumeur circulaire, entourée d'un sillon assez déprimé, en forme de bouton d'habit : sa couleur était jaunâtre et sa consistance assez molle pour faire croire à un contenu liquide. A la coupe du rein, on voit que cette tumeur, du volume d'une grosse noisette, occupe toute l'épaisseur du parenchyme rénal et fait même saillie dans la cavité du bassinet, après avoir refoulé

sur les côtés les pyramides voisines. Nettement encapsulée. elle présente une lobulation très marquée, lorsqu'elle est fendue, et un aspect micacé dû à la présence de nombreuses paillettes de cholestérine. Un examen histologique sommaire de cette singulière production montre des bourgeons charnus contenant un grand nombre de vaisseaux de néoformation, des globules de pus et des globules rouges.

M. Darier, qui a vu la pièce à l'état frais, à pensé à un infarctus ancien avec nécrose complète.

M. Cornil n'est pas de cet avis, car l'infarctus subit toujours une rétraction ou une cicatrisation plus ou moins marquées; il croirait plutôt à un adénome du rein ou à une transformation ultime d'un abcès.

2° Néphrite ascendante avec dilatation des uretères, des calices et des bassinets chez un rétréci ayant de la rétention d'urine, par M. E. Willemin, interne des hôpitaux (*Séance du 8 mars* 1889). — A l'autopsie d'un homme de 47 ans, atteint de rétrécissement uréthral infranchissable et de rétention d'urine, pour laquelle on lui avait fait plusieurs ponctions hypogastriques, on trouve :

1° L'urèthre rétréci à la région bulbaire dans une étendue de 1 centimètre, où le stylet le plus fin ne peut s'engager; en arrière, la portion prostatique dilatée est pleine de pus et communique largement avec la vessie.

2° La vessie rétractée (volume du poing) et présentant des parois si épaisses (2 centimètres au moins) et si dures qu'on croirait à l'existence d'un néoplasme et de nombreuses et volumineuses saillies sur sa face interne.

3° Les uretères sinueux et dilatés (2 centimètres de diamètre pour le gauche).

4° Les bassinets également très distendus et formant une vaste poche.

5° Le rein droit peu altéré, mais ayant subi un certain degré d'inflammation; calices dilatés, capsule se détachant facilement; le rein gauche beaucoup plus volumineux (15 centimètres de long); calices pleins de pus, qui infiltre la muqueuse. Petits abcès dans la substance corticale, qui vient saillir sous et dans la capsule, laquelle est très épaissie et adhérente.

M. Cornil, qui a fait l'étude microbiologique du pus de ces reins, dit qu'il contient trois micro-organismes : 1° un bacille long et gros, *bactérie de putréfaction;* 2° une petite bactérie ayant tous les caractères de la *bactérie de Clado;* 3° le *streptocoque pyogène*. On ne peut ici tirer de conclusions au point de vue de la cause de la suppuration, car deux d'entre eux pouvaient la produire. La suppuration dans ces reins se présentait sous deux formes, abcès et infiltration diffuse; cette dernière, occupant la substance corticale, forme des taches jaunâtres, irrégulières, qui ne donnent rien par le raclage. Les calices sont recouverts d'une fausse membrane inflammatoire. La suppuration, dans ce cas comme dans toutes les néphrites ascendantes, remonte par les tubes droits et les tubes contournés; la migration des microbes de la vessie se fait à la faveur de la stase de l'urine, de la rétention comme l'ont montré Hallé et Albarran.

3° Rein double en fer a cheval, par M. Thiercelin, interne provisoire (*Séance du* 8 *mars* 1889). — Sur cette pièce, les deux reins sont réunis à leur extrémité inférieure par une bande de substance rénale de 4 centimètres de long sur 3 de large. Les bassinets et les uretères sont absolument indépendants. Chacun des reins possède d'ailleurs à peu près sa forme normale, mais ils étaient sur le sujet dirigés fortement en bas et en dedans de façon à rapprocher leurs extrémités inférieures. Aucune anomalie vasculaire à signaler.

Le rein gauche contient un certain nombre de petits calculs grisâtres, dont l'un, mûriforme, occupe toute la cavité du bassin et envoie quatre prolongements dans les calices et l'extrémité supérieure de l'uretère. On voit la conséquence de cette anomalie si le malade avait été amené par sa lithiase à réclamer une intervention chirurgicale, c'est-à-dire la néphrectomie.

4° Hypertrophie prostatique; rétention d'urine; fausses routes multiples; possibilité de l'extirpation des lobes latéraux hypertrophiés, par M. Delagénière, interne des hôpitaux (*Séance du* 15 *mars* 1889). — L'intérêt de cette observation réside dans la forme d'hypertrophie prostatique que présentait ce malade. Pendant la vie, on constatait, par le toucher rectal, que le volume de la prostate égalait au moins celui du poing. A l'autopsie, elle

formait une grosse tumeur venant proéminer dans la vessie ; mais l'hypertrophie portait également sur chacun des deux lobes latéraux, qui mesuraient 7 centimètres d'avant en arrière, 9 centimètres dans le sens de l'urèthre, 4 centimètres et demi en épaisseur, c'est-à-dire de la cavité uréthrale vers la face latérale de la prostate. Ces deux lobes étaient réunis en arrière du col vésical par une barre transversale, sorte de valvule, haute de 2 centimètres, épaisse d'un centimètre et demi environ. Cette barre portait trois orifices de fausses routes.

La tumeur prostatique formait une saillie notable dans la vessie et pouvait y être facilement sentie. Une incision hypogastrique permettait d'arriver sur elle et de s'assurer avec le doigt qu'elle était énucléable absolument comme un corps fibreux utérin. M. Delagénière s'est rendu compte de la facilité de cette énucléation en la pratiquant sur ce cadavre, et il se demande s'il ne serait pas légitime, dans ces conditions, de chercher à appliquer à ces sortes de corps fibreux prostatiques la méthode du morcellement employée pour les corps fibreux utérins. Resterait alors à étudier pour les suites opératoires la question de la suture vésicale et du drainage de la plaie.

5° Absence du rein gauche, par M. Bezançon, interne des hôpitaux (*Séance du* 3 *mai* 1889). — Sur une femme de 38 ans, morte de tuberculose pulmonaire et n'ayant jamais été réglée, M. Bezançon a constaté, outre la présence de quelques rudiments d'utérus (fibres musculaires) et un vagin en cul-de-sac de 4 centimètres de profondeur, l'absence du rein gauche, celui de droite étant normal comme volume, structure et situation. A gauche, on trouve seulement un corps aplati, réniforme, haut de 6 centimètres, large de 4, mais épais de 2 millimètres à peine. Ce corps est relié à la veine cave par une veine d'assez gros calibre. qui semble la veine rénale. Des coupes, pratiquées par M. Cornil, ont montré que ce corps était la capsule surrénale et que le rein gauche manquait complètement. Il n'existe qu'un seul uretère, celui du côté droit, et qu'une seule embouchure uretérale dans la vessie.

6° Hydronéphrose du rein droit consécutive a la compression de l'urèthre par un ostéo-sarcome du bassin, par M. de Grandmaison, interne des hôpitaux (3 *mai* 1889). — Il s'agit

d'une femme, venue à l'Hôtel-Dieu pour accoucher et qui présentait dans la région lombaire droite une tuméfaction fluctuante du volume du poing. Quelque temps après l'accouchement, cette tumeur fut ponctionnée et on en retira un liquide clair et transparent. Après la ponction, la tuméfaction lombaire disparait, mais on constate par le toucher un empâtemont énorme, résistant et douloureux, de la région postérieure du bassin. Au bout de plusieurs mois, cette malade, dont l'état général s'était graduellement aggravé, meurt d'urémie lente.

A l'autopsie, outre des lésions tuberculeuses des poumons, on trouve le rein droit transformé en une tumeur liquide et fluctuante ayant le volume des deux poings, de laquelle un coup de scalpel involontaire laisse échapper un flot d'urine normale. L'uretère droit énorme, plus gros que le pouce, s'abouche inférieurement dans une masse molle, rénitente, de coloration rosée et présentant assez profondément une légère crépitation osseuse. Cette masse rosée, qui à l'œil semble être de l'ostéosarcome, a envahi le sacrum, la colonne lombaire et la région postérieure de l'os coxal, ainsi que l'ovaire du même côté. Le rein gauche, augmenté de volume, présente une teinte blanchâtre et une hypertrophie considérable de la substance corticale ; il se décortique facilement et paraît atteint de néphrite épithéliale.

Au microscope, on constate que le rein, surtout celui du côté gauche, est le siège d'une néphrite mixte avec prédominance des lésions épithéliales et artérite. La tumeur pelvienne est de l'ostéo-sarcome globo-cellulaire.

7° Rein calculeux ; néphrectomie, par M. Vignerot, interne des hôpitaux (10 *mai* 1889). — Le rein présenté a été enlevé par M. Ch. Monod (voir le n° de juillet des *Annales*, p. 431, pour les détails cliniques et opératoires). Le rein était transformé en une vaste poche polykystique renfermant de nombreux calculs de diverses dimensions, dont le plus volumineux, ramifié comme une branche de corail, occupe le bassinet et envoie des prolongements dans les loges voisines. Les autres, disséminés dans la substance rénale, varient comme volume d'un pépin de pomme à un grain de raisin. Le rein était en outre distendu par une collection séro-sanguine, mais ne renferme pas de pus.

M. Tuffier pense qu'il eût été préférable de laisser le rein et d'enlever les calculs par des ponctions successives sur le rein mis à nu. Il reste en effet encore une forte épaisseur de tissu sécrétant et l'on aurait pu plus tard faire une néphrectomie secondaire, s'il en avait été besoin.

M. Poirier croit qu'en présence de ces calculs petits et nombreux formant cinq foyers distincts, il eût fallu, pour les enlever, couper le rein dans tous les sens et que l'opération aurait été ainsi longue, difficile et grave.

M. Tuffier estime que, malgré ces difficultés, il eût mieux valu ne pas enlever le rein, parce que celui de l'autre côté peut devenir malade.

VIII° Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.

1° Traitement des rétrécissements de l'urèthre par l'électrolyse de M. Fort, par le docteur A. Pousson (*Séance du* 10 *mai* 1889). — M. Pousson rend compte d'un travail de M. Fort « qui commence, dit-il, par une condamnation sévère de l'uréthrotomie interne, condamnation qu'on ne peut plus accepter à l'heure actuelle. Si cette opération donnait autrefois de mauvais résultats partout, et en particulier à Bordeaux (voir la thèse fameuse de Grégory), il n'en est plus ainsi aujourd'hui. La pratique de l'antisepsie, l'abandon de l'usage qui voulait qu'on introduisît une grosse sonde à demeure dans le canal après l'opération, ont été de grands progrès. Aussi, même en tenant compte des insuccès dus à des lésions concomitantes des reins et qui se seraient produits avec tout autre mode d'intervention, M. Guyon ne peut-il trouver qu'une mortalité de 0,50 p. 100 à peine à la suite de cette opération. A l'hôpital Saint-André de Bordeaux, il n'y a pas eu de ce chef un seul cas de mort. On ne peut donc vraiment dire avec M. Fort que ce soit là une opération mauvaise.

Arrivant ensuite à l'historique de la question, M. Pousson passe en revue successivement les procédés électrolytiques de Tripier, Mallez, Jardin, Newman, dont M. Fort fait la critique dans son travail, en proposant de leur substituer celui qu'il pratique à l'aide de son instrument. « Or, j'ai vu opérer M. Fort, ajoute M. Pousson ; ses instruments sont peu solides, défec-

tueux; avec eux, l'on n'est pas sûr de pénétrer dans la vessie, et ils me semblent avoir les mêmes inconvénients que la sonde électrolysante de Newman, en mettant moins à l'abri des accidents fâcheux que celui de Jardin. Quoique M. Fort affirme que son opération ne soit pas suivie d'accès fébriles, ces derniers ont cependant été signalés en Amérique. Il est d'ailleurs difficile de concevoir que la fièvre uréthrale ou la néphrite, qui succèdent parfois à de simples cathétérismes, ne surviennent jamais après l'électrolyse. Aussi n'est-il pas prudent de suivre la pratique de M. Fort et de renvoyer chez eux sans surveillance les malades, à peine ont-ils été opérés.

« Enfin, la question des récidives est loin d'être aussi nettement résolue que le prétend l'auteur en question. Aucune méthode, jusqu'à présent du moins, n'est capable d'amener la guérison radicale des rétrécissements, pas plus l'uréthrotomie interne que la divulsion, ces deux opérations ne faisant que permettre la dilatation, qu'il faut ensuite compléter et maintenir. L'électrolyse linéaire est-elle réellement plus bienfaisante et amène-t-elle une guérison complète? Les malades n'ont pas été suivis assez longtemps pour qu'on puisse l'affirmer. On a dit que les tissus rencontrés par la lame électrolysante étaient détruits sans qu'il se formât une cicatrice rétractile. L'affirmation ne repose sur aucun fait bien précis : c'est seulement par de longues observations qu'on pourra ultérieurement la contrôler... »

2° Néphrectomie pour rein tuberculeux, par M. Dumur, interne des hôpitaux de Bordeaux (*Séance du* 31 *mai* 1889). — Une jeune fille de 20 ans, après avoir présenté pendant quelques mois des symptômes de tuberculose vésicale, de la polyurie et un dépérissement progressif, voit apparaître une tuméfaction très accentuée et douloureuse occupant à droite la région lombaire, l'hypochondre et la moitié de l'abdomen. La fluctuation est évidente par la palpation bimanuelle antéro-postérieure. Rien du côté du squelette de la région. Respiration légèrement soufflante aux deux sommets. Mictions douloureuses; polyurie à certains jours, urines muco-purulentes et albumineuses. Ascensions vespérales de la température.

Malgré plusieurs ponctions aspiratrices pratiquées dans la

masse fluctuante pendant une quinzaine de jours et donnant chaque fois issue à plus d'un litre de pus, celui-ci se reproduit rapidement et la tension des parois augmente chaque jour davantage. M. Dudon, dans le service duquel se trouvait placée la malade, intervient alors le 9 mai en pratiquant une longue incision courbe à concavité antérieure, partant du bord inférieur de la dernière fausse côte et arrivant à l'épine iliaque antérieure et supérieure. Un flot de pus s'écoule, fusant entre les fibres dissociées du muscle carré lombaire. Après avoir incisé celui-ci, on tombe dans une vaste poche tapissée de fausses membranes jaunâtres et molles et s'étendant de la face inférieure du foie à la fosse iliaque ; au fond, se voit une tumeur volumineuse, bosselée, accolée à la paroi antérieure de l'abdomen. Ce n'est autre que le rein, qui, fortement adhérent au péritoine et au côlon ascendant, est décortiqué et enlevé après ligature de pédicule. Le côlon, au milieu de ces manœuvres difficiles, a subi une petite déchirure qui est fermée par six points de suture. Pas d'hémorrhagie. Lavages avec la solution de chlorure de zinc : gaze iodoformée; pansement de Lister. Mort quelques heures après l'opération.

L'autopsie, outre quelques lésions tuberculeuses pleuro-pulmonaires, montra l'intégrité du rein et de l'uretère gauches. La vessie n'était pour ainsi dire qu'une vaste ulcération. Quant au rein enlevé, triplé de volume, il était lobulé, chaque lobule étant représenté par un kyste rempli soit de substance caséeuse, soit de pus véritable; en somme, le rein était complètement détruit et remplacé par une sorte d'énorme caverne tuberculeuse. L'uretère droit, augmenté de volume, avait ses parois très épaissies. Le diagnostic, porté avant l'opération, se trouvait donc confirmé : il s'agissait d'un vaste abcès périnéphrétique avec refoulement du rein en avant, l'abcès ayant son point de départ dans une dégénérescence tuberculeuse du rein, consécutive à une cystite de même nature. Le choc opératoire avait été trop violent pour l'organisme profondément débilité de cette malade.

Dr Robert Jamin.

BIBLIOGRAPHIE

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES DES VOIES URINAIRES, par sir H. Thompson, traduites par le docteur R. Jamin. — J.-B. Baillière. Paris, 1889.

L'éminent chirurgien de Londres a confié à notre excellent confrère le Dr Jamin la traduction des leçons qu'il a faites à « University College Hospital », pendant l'année 1887-88.

Comme il le dit dans sa préface, un auteur est toujours très heureux quand il peut rencontrer un traducteur dont la compétence est telle que ce dernier aurait pu faire une œuvre personnelle sur le même sujet. Il est seulement regrettable que M. Jamin n'ait pas cru devoir annoter cette traduction, en ayant l'idée de donner par ces notes les différences qui existent entre les idées anglaises et les idées françaises sur certains cas spéciaux de la chirurgie des voies urinaires : il le pouvait mieux que personne, familiarisé qu'il est avec les deux littératures. Nous ne devons pas moins lui être très reconnaissant de la tâche ingrate à laquelle il a bien voulu se dévouer au profit du public médical.

Les leçons de M. Thompson ne sont pas nouvelles pour les chirurgiens français : les traductions de MM. Jude Hue, Gignoux, Le Juge de Segrais, ont permis de se rendre compte de la pratique journalière du professeur au « Royal College of surgeons ». Cependant les nombreux progrès réalisés, dans ces dernières années, par la taille sus-pubienne, en ce qui concerne l'intervention dans le cas d'affection prostatique grave, de tumeurs vésicales, rendaient cette dernière traduction très utile.

Thompson est l'inventeur de la méthode de l'exploration digitale de la vessie par une incision de l'urèthre périnéal, méthode qui ne paraît pas avoir fait son chemin, malgré l'autorité incontestable de celui qui la patronnait. Il s'en est occupé longuement dans la 29e leçon, p. 530. Après avoir démontré que ce qu'il y a de nouveau dans cette vieille opération, connue depuis longtemps sous le nom de boutonnière, c'est son application au seul diagnostic des affections vésicales, il tient à bien spécifier que la méthode en question est loin d'être utilisable dans toutes les affections urinaires : on doit y recourir seulement quand, après une enquête prolongée et minutieuse, on n'est pas parvenu par les moyens ordinaires au diagnostic exact de ces affections et où en est le siège principal.

L'opération proposée a pour but essentiel et capital d'explorer dans toute son étendue la surface interne de la vessie avec le doigt ; et, d'une façon absolue, elle peut être pratiquée avec facilité, efficacité et innocuité. La principale objection à ce procédé, en tant que manuel opératoire, c'est l'impossibilité d'introduire l'index jusque dans la vessie, quand le malade est très gros ou qu'il y a hypertrophie de la prostate. M. Thompson répond que ce cas est très rare, car le doigt est introduit directement au centre du périnée, d'où part la route la plus courte pour atteindre le col vésical. En outre, si la main droite du chirurgien ou celle d'un aide déprime fortement la région sus-pubienne, l'index gauche arrive toujours à rencontrer cette main, pourvu

qu'on l'enfonce aussi profondément que possible par le périnée, quelle que soit l'épaisseur de ce dernier.

Après avoir décrit le manuel opératoire que tout le monde connaît, l'auteur relate une courte série d'observations dans lesquelles il a pratiqué l'exploration digitale pour des cas de diagnostic très difficile.

La 30e leçon est très intéressante : elle est consacrée aux tumeurs de la vessie. Elle se termine par un aperçu d'ensemble des résultats de pratique personnelle relativement à l'ablation des tumeurs vésicales, jusqu'à l'heure actuelle.

41 malades opérés, 34 hommes, 7 femmes.

Les 12 derniers sont en observation.

Parmi les autres, 5 au moins ont été guéris d'une façon radicale et définitive, sans soupçon de récidive. — Un grand nombre ont été débarrassés de tout symptôme inquiétant pendant des périodes variant de 2 à 4 ans et, à ce moment, des signes de récidive ont nécessité une seconde intervention. Deux malades, dont un médecin, ont été opérés trois fois. — Sur les 4 malades qui ont succombé après l'opération, 2 sont morts d'épuisement et 2 de cystite ou péritonite; 2 autres ont été emportés par la septicémie vers le 12e jour de l'opération.

La grande majorité, en somme, a obtenu un très grand soulagement.

Thompson termine la leçon par ces paroles qui sont très importantes : « En opérant, vous avez tout au moins une chance de guérison, si minime qu'elle soit; en n'opérant pas, vous êtes certains du résultat fatal. Donc, il faut opérer, si toutefois l'état du malade n'est pas manifestement défavorable, tout en sachant bien que le résultat ne peut pas être parfait. »

Je signalerai encore les leçons relatives au traitement de la gravelle, à l'emploi de la boutonnière périnéale pour les cas d'hypertrophie prostatique avec cystite, nécessitant des sondages répétés, et enfin les 12 importantes leçons consacrées à l'étude de la lithotritie et de la taille. Après avoir lu le volume, on ne doit pas s'étonner des traductions en plusieurs langues dont il a été l'objet. Cest un résumé excellent des connaissances actuelles sur la chirurgie des voies urinaires.

Dr Delefosse.

OUVRAGES REÇUS AUX BUREAUX DU JOURNAL

Il bacillo dello scheurlen et un saprofita della Pelle ricerche del Dott. Guiseppe Fatichi, de Florence, 1889.

Lavage de la vessie sans sonde chez l'homme et des organes génito-urinaires chez la femme, par le cystoclyste du Dr Duran (d'Amboise). — Chez M. Mathieu, 113, boulevard Saint-Germain.

Pseudo-orchite par effort, par M. le docteur O. Guelliot (de Reims). Matot-Braine, Reims, 1889.

Le Rédacteur en Chef, Gérant : Dr DELEFOSSE

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21812.

ANNALES DES MALADIES
DES
ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Octobre 1889.

MÉMOIRES ORIGINAUX

L'électrolyse dans les rétrécissements de l'urèthre,

Par M. le Dr H. MONAT, de Rio-de-Janeiro.

Le dernier congrès des chirurgiens américains mit à l'ordre du jour le traitement des rétrécissements de l'urèthre par la méthode électrolytique.

C'est la première fois, on peut dire, qu'on en a fait le sujet d'une discussion aussi importante.

Il y a dix ans, on trouvait à peine dans les ouvrages quelques notices très vagues de la méthode qu'employaient Mallez et Tripier, et à laquelle on reprochait la production d'une cicatrice circulaire ou cylindrique, très étendue, d'où la récidive, plus difficile alors à combattre.

On avait cependant de tout temps reconnu la bénignité de la méthode dans les suites immédiates : voilà pourquoi lorsque M. Jardin *réduisit* les dimensions de la cicatrice électrolytique, un grand nombre de chirurgiens, à l'étranger,

s'empressèrent d'essayer la méthode ; je fus de ce nombre : la confirmation de cette bénignité, que je tenais pour exagérée, m'avait frappé ; je l'avais vue dans les opérations faites par M. Fort, qui venait d'arriver au Brésil, portant l'instrument Jardin.

Je dois insister surtout sur ce fait : l'électrolyse linéaire était alors mise en comparaison avec la divulsion, que l'on pratiquait encore sur une vaste échelle, et l'uréthrotomie interne : avouons-le, l'antisepsie n'était pas encore très généralisée ; ceux qui la pratiquaient la faisaient à demi ; les désastres étaient très fréquents ; les malades étaient exposés à toute espèce d'accidents, dus à l'infection, sans compter les hémorrhagies, etc.

Une autre circonstance a largement contribué aussi à nous faire accepter si vite l'opération Jardin au Brésil ; le docteur Fragoso, l'un des chirurgiens de Rio les plus en vogue, employait depuis longtemps l'électrolyse et avait obtenu de si beaux résultats qu'il avait tout à fait abandonné les autres méthodes de dilatation.

Dans une discussion avec le professeur Saboia, M. Fragoso avait prouvé la supériorité de la méthode qu'il défendait depuis 1868.

Le terrain était donc tout préparé à l'arrivée de l'instrument Jardin.

De plus, les publications des chirurgiens américains rapportaient que, loin d'être rétractile et de favoriser la récidive, comme on l'avait dit, la cicatrice électrolytique, obtenue au pôle négatif, était molle, souple, non rétractile, d'où, comme corollaire, permettait la conservation de la dilatabilité de l'urèthre, ce qui voulait dire, assurait la cure radicale ; ce n'était pas, il est vrai, cliniquement bien prouvé, mais cela portait à conclure que le reproche fait à Mallez et Tripier était exagéré.

Nous acceptions la cure radicale sous bénéfice d'inventaire, mais on retenait bien de la discussion que la récidive n'avait pas la gravité qu'on avait accusée, et qu'elle ne pouvait avoir

lieu qu'à très longue échéance, échéance plus longue, en tout cas, que celle de la reproduction du mal après les traitements classiques ; or, toutes les méthodes de dilatation ne donnant que des résultats palliatifs, et exigeant toujours comme complément et comme condition essentielle de conservation la dilatation, le passage fréquent de cathéters, étaient entourées de dangers immédiats ; donc la supériorité de l'électrolyse était incontestable, même en admettant que l'on ne pût pas obtenir le succès absolu.

Je trouve, dans les notes dont je dispose en ce moment 296 rétrécissements de l'urèthre, 15 du rectum, 2 du vagin, opérés par électrolyse ; j'ai pu revoir la moitié au moins de mes malades, de façon à pouvoir juger de la méthode, ou plutôt des résultats que j'ai obtenus.

La statistique du docteur Fragoso est bien plus grande que la mienne : il y a aussi une énorme différence entre les résultats qu'il a obtenus et les miens.

Peu de chirurgiens auront été aussi enthousiastes de la méthode que moi ; je suis cependant dans une période de doute depuis trois ou quatre ans, sans que je croie que l'on doive abandonner l'électricité, avant d'avoir bien fixé la cause de l'insuccès.

Il y a huit ans, je présentai un petit mémoire à l'Académie de médecine de Rio-de-Janeiro sur la nouvelle méthode ; je ne comptais alors qu'une douzaine de cas ; en terminant ce travail, je disais : « Si l'électrolyse ne permet pas d'obtenir la cure radicale, ce qu'on ne peut pour le moment ni affirmer ni nier, les cas observés jusqu'à présent font croire que la dilatation obtenue se conserve mieux et plus longtemps que celle que nous donnent toutes les méthodes classiques. »

Le docteur Costa Lobo, chargé de présenter un rapport à l'Académie sur ce mémoire, combattait vivement ma conclusion ; mais, ajoutait l'auteur, il ne le faisait que théoriquement.

L'année suivante je publiai un second mémoire, sous forme de lettre adressée à ce confrère. L'Académie, dont je faisais déjà partie, mit la question, sur ma demande, à l'ordre du jour.

Je comptais alors plus de 60 cas : le docteur Fort seul appuyait mes conclusions à Rio : mais j'allais déjà plus loin que lui, et, sans oser affirmer la cure radicale, je répétai souvent, dans le courant de la discussion, que j'espérais la prouver avant longtemps.

Peu de mois après, je fis un voyage dans la province de Saint-Paul, où j'opérai une grande série de rétrécissements de l'urèthre et un du rectum.

C'était le premier; de retour à Rio, j'en opérai un autre.

Je venais à peine de publier ma troisième série, que mes deux opérés du rectum sont venus me retrouver : les deux rétrécissements avaient récidivé en trois mois, et tellement, qu'ils n'admettaient pas mon index.

L'un de ces malades fut opéré une seconde fois, puis ne voulut plus de cette méthode, il revint à sa sonde ; le second fut opéré deux fois encore ; trois ans après, son état était tel, queje lui ai proposé la résection du segment d'intestin rétréci.

Ces deux récidives rapides m'ont porté à revoir mes opérés de l'urèthre. Le résultat de ce contrôle m'a fait entrer dans cette période de doute où je me trouve.

J'ai procédé, au début, à tâtons, comme d'ailleurs tous ceux qui ont fait l'électrolyse.

Dans les traités, dans les revues, les détails sur le manuel pratique, le choix des piles, des électrodes, l'intensité nécessaire des courants, les indications, les suites immédiates, les résultats éloignés font défaut. Toutes ces difficultés firent reculer bon nombre de chirurgiens.

D'un autre côté, les premières récidives signalées firent tomber la méthode en discrédit ; on oubliait tout, excepté la perspective de la cure radicale, sur laquelle on avait trop compté.

Bien peu de chirurgiens donc ont tenu à poursuivre sérieusement cette étude, qui n'est pas faite : nous en avons la preuve dans quelques objections trop souvent répétées; il suffit de lire les quelques articles publiés pour les retrouver, sans que les défenseurs de l'électrolyse les réfutent d'une façon tout à fait heureuse.

On trouve même dans ces articles tant de confusion, qu'à moins de croire que ceux qui font l'électrolyse ne la connaissent pas, on est porté à supposer qu'ils ne veulent pas faire connaître leur secret, car, il faut bien le dire franchement, on a voulu donner ce caractère à la méthode.

En somme, peut-on obtenir par cette méthode la cure radicale, définitive des rétrécissements ?

Les faits observés ne m'autorisent pas à l'affirmer. Qu'on ne me critique pas de revenir sur une question que l'on a déjà qualifiée de spéculative, que l'on dit tranchée par les maîtres.

Je crois, au contraire, que quand on discute la valeur de l'électrolyse, c'est le point capital; de fait, ou la cicatrice électrolytique est molle, souple, non sujette à retrait, comme le dit la théorie, ou elle n'a pas ces caractères.

Dans le premier cas, l'électrolyse est une méthode rationnelle, qui remplit les conditions de la cure radicale.

Si au contraire la théorie est fausse, si la seconde hypothèse est la vraie, l'électrolyse doit être abandonnée, puisque l'urèthre opéré présentera des conditions de récidive très prompte et plus difficile à combattre que la maladie primitive; la bénignité des suites immédiates ne serait pas une compensation suffisante pour en déterminer la préférence.

INSTRUMENTS ET PILES

Mallez et Tripier se servaient de stylets flexibles, isolés, dont les pointes seules, cylindriques ou olivaires, étaient électrolytiques.

Le docteur Fragoso, de Rio, se sert depuis très longtemps d'un instrument qu'il a imaginé et fait construire suivant les principes de Mallez et Tripier; j'y reviendrai.

M. Jardin conforma l'instrument Maisonneuve aux indications premières de l'électrolyse, ayant en vue surtout d'agir sur une paroi seulement, suivant une ligne et non circulairement; il isola donc la canule Maisonneuve; au lieu de la lame coupante, il fixa au mandrin une lame étroite, en arc, en conservant la forme primitive; pour mieux dire, il supprima la partie centrale de la lame Maisonneuve, n'en gardant que le bord, puisque celui-ci seul devait agir. Le bord perdit aussi son tranchant et devint mousse. Comme Mallez et Tripier, M. Jardin employa le platine pour la surface électrolytique, afin d'en éviter l'attaque par les liquides qui se forment, au contact des tissus, lors du passage du courant.

Cette indication est d'ailleurs remplie dans tous les instruments électrolyseurs. M. Fort simplifia dernièrement l'instrument Jardin, en supprimant la canule conductrice; le mandrin fut donc recouvert de la sonde isolatrice, d'où émerge, par une fente latérale, au bout vésical, la lame de platine, en arc de cercle, comme celle de M. Jardin, mais plus étroite.

Cette modification ne fut pas heureuse. De fait, chaque canule Jardin est accompagnée de trois lames qui permettent d'obtenir des dilatations à des degrés différents.

M. Jardin avait bien compris qu'il lui faudrait avoir des lames de dimensions différentes, comme cela arrive quand on fait l'opération de Maisonneuve, et en conservant la canule dans l'urèthre il pouvait sans inconvénient remplacer les lames; M. Fort en la supprimant est obligé, toutes les fois qu'il veut pousser la dilatation plus loin, de retirer son instrument de l'urèthre, pour le remplacer par un autre à lame plus large, qui ne pourra pas être conduit de façon que le bord électrolytique vienne tomber juste sur le sillon qui a été fait par la première lame, ce que l'on peut

obtenir avec l'instrument Jardin, puisque la canule, qui sera restée en place, guidera la lame.

C'est un vrai inconvénient, M. Fort l'avouera quand on tient comme lui à réduire les dimensions de la cicatrice qui se forme, quand on soutient l'électrolyse linéaire. Mais ce n'est pas son seul défaut : je m'en occuperai encore.

L'instrument Jardin et la modification Fort sont construits pour agir sur la paroi supérieure de l'urèthre ; on trouve en effet très peu de modèles Jardin portant la lame sur la convexité de la canule ; je n'en ai vu que de fabrication allemande. Je n'ai pas encore vu de modèles Fort ainsi construits.

Si ces instruments agissent sur une seule paroi, et surtout la supérieure, ils évitent à coup sûr, dans le plus grand nombre de cas, la cause à détruire, la cicatrice traumatique ou blennorrhagique, qui n'a pas pour siège généralement la paroi sur laquelle on agira.

C'est avec ces instruments que l'on fait la prétendue *électrolyse linéaire* : avec les instruments Mallez-Tripier ou Fragoso, on pratique l'électrolyse circulaire ou cylindrique.

M. Jardin fit construire, il y a quatre ans, un instrument qui n'eut pas de succès ; c'était un stylet isolé, portant une olive non conductrice, au bout vésical, dont on faisait saillir une lame électrolytique par pression sur un bouton du manche. Cette olive était guidée par une bougie de 8 à 10 centimètres.

Je n'ai jamais compris pourquoi cette bougie courte pourrait elle-même remplir ses fonctions de conductrice? Le chirurgien qui s'en servirait ne serait jamais sûr de l'avoir fait pénétrer dans le rétrécissement ou de l'avoir entortillée à l'obstacle.

C'était une bougie conductrice, mais guidée par l'instrument qu'elle devait guider.

Je ne voyais dans cet instrument que l'avantage d'agir sur deux parois opposées : mais il avait le grand inconvé-

nient d'agir trop en deçà du rétrécissement, puisque l'olive était trop grosse pour le franchir, avant qu'il ne fût totalement dilaté ; or, comme la lame électrolytique creusait seulement deux sillons, et ne dilatait pas uniformément le segment rétréci, l'olive ne pouvait le franchir qu'en le forçant; donc, en l'introduisant ou en le rétrécissant, on était sûr d'arracher les eschares faites, et c'est là le plus grave inconvénient, puisque l'on transforme la nature de la plaie et qu'on lui enlève toutes les conditions de bénignité.

Mais l'idée d'agir sur deux parois, tout en évitant l'arrachement de l'eschare, fut reprise par M. Bay.

Je reproduis ses paroles : « La méthode a souvent échoué par le fait des instruments. Tous en effet produisent la divulsion de l'urèthre, résultat condamné par nos grands maîtres et par le raisonnement, ou bien ils exercent (comme avec l'olive) une action électrolytique circulaire, irrégulière, et en fin de compte une cicatrice vicieuse.

« Produire une cautérisation linéaire, dans le sens de la longueur de l'urèthre sans divulsion, tel est le problème que je me suis posé et que j'ai résolu par l'emploi de bougies cylindro-coniques, flexibles, en gomme, munies, près de leur bec, d'un fil de platine. Ce fil parcourt deux centimètres de la sonde et se recourbe de façon à présenter deux parties actives.

« L'opération peut être commencée au moyen d'une sonde filiforme, s'il y a lieu. »

Je ferai plus tard la critique de l'instrument Bay en disant ce que je pense de l'électrolyse linéaire; je dirai cependant dès maintenant que, dans certains rétrécissements, quand on ne peut faire pénétrer aucun instrument rigide, la sonde Bay est un grand auxiliaire, qui peut rendre d'excellents services, si elle est bien maniée; j'en ai la preuve ; mais comme instrument ordinaire, pour être employé toujours, jusqu'à la dilatation maxima, c'est un instrument incomplet.

Presque tous ceux qui ont fait l'électrolyse ont voulu avoir un instrument de leur invention.

J'en ai fait construire un sur le modèle du dilatateur œsophagien rétrograde Mathieu, mais sa fabrication était trop grossière pour que j'aie pu m'en servir convenablement. J'ai connaissance de plusieurs instruments électrolyseurs, dont quelques-uns n'ont aucune valeur scientifique ; il me suffira de dire que j'en ai vu prôner un, dans lequel on avait combiné la lame Jardin avec la sonde Le Fort, ce qui permettait, disait l'auteur, de faire l'électrolyse et la divulsion simultanément ! !

La conception de cette alliance hybride était trop grotesque ; bien plus : cette débauche chirurgicale prouvait hautement combien peu l'auteur connaissait et l'électrolyse et la divulsion.

Toutes les piles à courant continu ont été employées pour faire l'électrolyse ; dans mes opérations je me suis servi de presque tous les éléments connus, de Callaud-Trouvé, Gaiffe, Leclanché, Daniel, Trouvé, Chardin, etc.

Je crois pouvoir dire que j'ai tout essayé, dans l'espace de huit ans, de façon à me faire un choix, avec cette circonstance que je m'étais astreint à étudier chaque pile, de façon à la renouveler, la réparer moi-même, et n'être jamais pris au dépourvu, puisque j'exerce loin des fabricants.

Il me fallait donc étudier les piles sous deux points de vue : de leur action électrolytique et de leur entretien. Dans cette étude, très résumée d'ailleurs, je ne m'occuperai pas de toutes les piles que je connais et que j'ai employées ; je m'occuperai seulement de celles qui remplissent mieux les conditions indiquées.

Disons de suite qu'à l'exception des piles américaines au bisulfate de mercure, les meilleures sont celles fabriquées en France.

La pile au sulfate de cuivre donne un excellent courant continu, le plus constant peut-être, et ne se polarise pas facilement comme beaucoup d'autres. Comme pile de cabinet, c'est le type ; on l'entretiendrait facilement et à peu

de frais, si ce n'étaient les sels grimpants, dont il faut surveiller la formation continuellement et que l'on ne parvient pas à éviter : les sels altèrent le courant, attaquent les fils conducteurs, qu'il faut renouveler fréquemment, les vis, les bornes, et c'est un vrai désagrément.

De plus, on ne peut pas les transporter sans les verser, à moins de vider chaque fois les bocaux, pour les remplir de nouveau.

On trouve dans le commerce un modèle, dont les éléments sont formés par des rondelles de papier buvard superposées et imbibées, les unes de sulfate de cuivre, les autres de sulfate de zinc : les éléments étant seulement humides ne sont pas sujets à renversement, mais les sels qui se forment obligent à renouveler souvent les éléments, attaquent les contacts, etc. De plus, on n'obtient que de faibles courants.

Les éléments Leclanché sont trop sujets à la polarisation et sont trop grands pour être transportés.

On a, depuis quelque temps, modifié ces éléments de façon à éviter le renversement du liquide : malgré ces perfectionnements, les nouveaux modèles (humide, petit, etc.) ne peuvent servir que pour les opérations rapides, puisqu'ils se polarisent au bout de peu de minutes.

Malgré cela, c'est le modèle que l'on voit le plus fréquemment dans les hôpitaux au Brésil ; je crois que cette préférence est due à la facilité d'entretien de réparation et à la conservation du courant pendant des mois sans qu'on ait à y toucher.

Les éléments au chlorure d'argent sont sans contredit les meilleurs. Petit volume, facilité de transport, pas de renversement possible (les éléments sont à peine humides et hermétiquement fermés), courant très constant, énergique à tous les degrés voulus et ne se polarisant pas : voilà ses qualités ; mais ces éléments coûtent cher, et leur renouvellement, qui doit être fait fréquemment, si le chirurgien est un peu occupé, revient aussi à un prix élevé ; de plus, on

ne trouve pas facilement la matière première pour ce renouvellement dans toutes les villes : à moins d'avoir plus d'une pile ou d'exercer près des fabricants, on est à peu près sûr d'être souvent pris au dépourvu.

Si le chirurgien ne doit pas s'en servir fréquemment, les frais de conservation de la pile l'en dégoûteront vite.

Malgré tous ces inconvénients, c'était la pile au chlorure d'argent que les médecins préféraient : aujourd'hui nous n'avons plus à les regretter, depuis que les fabricants Gaiffe et Chardin ont présenté au corps médical les leurs qui réunissent aux avantages de la pile au chlorure d'argent des conditions de prix, de facilité de renouvellement, et qui les mettent à la portée de tout le monde. Ces piles sont très pratiques, notamment celles de M. Chardin, dont le renouvellement est on ne peut plus facile, vu que la construction en a été réduite à la plus grande simplicité.

D'ailleurs, il me suffit de dire que ce sont celles que tout le monde préfère, parce que les piles Gaiffe exigent de la part de celui qui doit remplacer un élément ou les refaire, beaucoup d'attention et des soins spéciaux; on risque de casser un flacon, de perforer un charbon en voulant enlever le mélange qui en occupe la cavité, etc., tandis que le premier venu peut renouveler une pile Chardin sans risque d'inutiliser une pièce.

Pour fermer le circuit on se sert généralement d'électrodes de charbon, aplatis, circulaires, recouverts de chamois : il faut les choisir de préférence de trois ou quatre centimètres de diamètre, pour éviter les eschares qui peuvent se faire si les surfaces sont petites.

Je préfère à ces électrodes les modèles cylindriques ou sphériques, roulants, que l'on fait promener sur la peau, sans produire d'eschare ; mais en les employant il faut bien éviter de les écarter de la peau, car alors on produit des interruptions, qui se traduiront par des secousses chez le malade, qui ne les supportera peut-être pas facilement si

le courant dépasse un certain nombre de milliampères.

En s'en servant il faut aussi éviter de leur faire parcourir le trajet des troncs nerveux.

J'ai vu M. Danion se servir à Paris d'électrodes larges. de zinc, recouverts de terre glaise, comme ceux que recommande M. Apostoli dans les applications pour les fibromes de la matrice.

Ces électrodes sont certainement préférables à ceux que j'employais, puisqu'ils évitent les eschares; les malades les supportent très facilement et on peut se passer de la main d'un aide.

Je ne sais si les électrodes de gélosine, que fabrique M. Chardin, ont les mêmes avantages; je ne les connais que depuis peu et ne les ai pas vu employer.

Sur l'acide trichloracétique pour la recherche et le dosage de l'albumine,

Par M. Boymond,
Pharmacien à Paris.

MM. Marsault et Languepin (1) ont signalé des urines albumineuses coagulables par la chaleur, mais *dont le précipité se redissout dans l'acide acétique*. M. Patein (2), dans une note toute récente qu'il doit compléter, attribue ce fait, ou cette anomalie, si l'on veut, à la présence d'une *albumine particulière*, autre que la sérine et la globuline, et qu'il est important de mentionner. Il en fera l'étude dans un mémoire à paraître prochainement.

(1) *Archives de pharmacie*, décembre 1887, 534 : *Répertoire de pharmacie*, janvier 1889, 18, *Ann. Mal. Org. gén. ur.*, VI, Mars 1888, 213 (et à paraître : Revue d'Urologie).

(2) *Répert. de pharm.*, septembre 1889, 389, et *Ann. Mal. Org. gén. ur.*. à paraître : Revue d'Urologie.

J'ai eu l'occasion, plusieurs fois, d'examiner des urines présentant le même phénomène et, comme le dit juste-M. Patein, elles sont beaucoup moins rares qu'on ne pourrait le supposer. Cette particularité peut avoir une certaine importance, car, dans un essai sommaire, par la seule action de la chaleur et de l'acide acétique, on pourrait peut-être conclure à l'absence de l'albumine, alors que l'urine renferme de notables proportions de cette variété.

C'est pour cela surtout que, depuis longtemps, après avoir signalé l'*acide trichloracétique*, préconisé par Raabe (1), j'emploie ce réactif au lieu de l'acide acétique, parce qu'*il précipite la variété d'albumine* dont il est question. D'autres réactifs de l'albumine la précipitent aussi, mais l'acide trichloracétique présente quelques avantages, entre autres celui de ne pas modifier les albumines. On sait que cet agent précipite l'albumine à froid, et qu'il figure parmi les réactifs les plus sensibles. Sous ce dernier rapport, Raabe le considère comme supérieur à l'acide azotique et à l'acide métaphosphorique recommandé par Hindenlang (2). On peut l'employer à l'état solide ou liquide. Sous la première forme, on projette un fragment dans l'urine ; il gagne le fond du tube, et se dissout en produisant un trouble diffus ou une zone trouble à limites nettes.

La solution peut être saturée ou de concentration moyenne. La solution saturée est utilisée, selon la méthode de Heller, en la plaçant dans un tube ou dans un verre à expériences et versant dessus l'urine à examiner. Il se formera alors l'anneau caractéristique, comme on l'obtient avec l'acide azotique, mais sans production de colorations.

La solution moyenne ou faible remplacera l'acide acé-

(1) A. Raabe, Trichloressigsäure als empfindliches Reagens auf Eiweiss im Harn; *Berichte der d. chem. Gesellschaft*, XIV, 1881, 2312; *Pharm. Zeitschrift für Russland*, XX, 1881, 445 et *Répertoire de pharmacie*, 2e série, IX, 1881, 570.

(2) Eiweissbestimmung im Harn ; *Berliner klinische Wochenschrift*, 1881, n° 15; *Pharm. Centralhalle*, XXII, 1881, 235 ; *Pharm. Zeitschrift für Russland*, XX, 1881, 455 ; *Répertoire de pharmacie*, 2e série, IX, 1881, 374.

tique et même l'acide azotique, dans ses applications à la recherche ou au dosage.

Lorsque les urines sont riches en urate de soude on évite la cause d'erreur, commune à tous les réactifs, en diluant l'urine par addition d'eau distillée. Pour la séparation des albumines urinaires, la *sérine*, la *globuline*, et la *variété* signalée par M. Patein, je reproduis le mode opératoire qu'il a indiqué :

« Dans une première partie de la liqueur, on dose la glo-
« buline à l'aide du sulfate de magnésie; dans une seconde,
« la somme de la globuline et de la sérine par l'ébullition, en
« présence de quelques gouttes d'acide acétique, après quoi
« l'on jette sur un filtre taré; et dans le liquide filtré, qui ne
« contient plus que la variété d'albumine à chercher, on
« ajoute de l'acide azotique, et on complète la coagulation
« par l'ébullition. »

Dans ce dernier cas, on pourra remplacer l'acide azotique par l'acide trichloracétique, ce dernier me paraissant préférable.

En résumé, le but de cette communication est simplement de confirmer les observations de MM. Marsault, Languepin et Patein, sur cette variété d'albumine soluble dans l'acide acétique, et de rappeler l'attention sur l'acide trichloracétique, que je considère comme un réactif très utile, dans ce cas particulier et dans les recherches ordinaires de l'albumine.

Sur la précipitation des albumines de l'urine par certains corps dits indifférents,

par M. Boymond,
Pharmacien à Paris.

On sait que les urines troublées par la présence des bactéries sont excessivement difficiles à filtrer, et que l'on n'obtient jamais, par les moyens ordinaires, un liquide parfaite-

ment limpide, permettant la constatation de très faibles traces d'albumine. Dans certains cas cependant, on peut avoir un intérêt à pousser cette recherche dans des limites étroites. La filtration à travers un filtre de porcelaine, à l'aide de la trompe, peut seule donner un résultat satisfaisant, mais ce procédé est long, peu commode et n'est pas praticable toujours et partout. J'ai donc eu l'idée de m'adresser à un intermédiaire indifférent, ou pouvant du moins être considéré comme tel, relativement à l'urine acide ou alcaline, c'est-à-dire au *talc lavé à l'acide chlorhydrique*, puis à l'eau distillée et desséché. L'urine est simplement agitée avec ce talc, pendant quelque temps, puis filtrée. On obtient ainsi un liquide d'une limpidité parfaite, et même décoloré partiellement.

J'ai été fort étonné, dès le début, de constater que certaines urines, manifestement albumineuses, bactériennes ou non bactériennes, ne donnaient plus aucun trouble, ni par l'action de la chaleur ni par les divers réactifs. Ces urines, je dois le dire tout de suite, ne renfermaient que de la globuline. Depuis lors, j'ai soumis à l'action du talc lavé toutes les urines albumineuses, et j'ai pu observer que dans les urines, renfermant à la fois la sérine et la globuline, cette dernière seule était précipitée en totalité. Peut-être aussi une petite quantité de sérine est-elle précipitée ou entraînée? Je n'ai pas encore pu déterminer ce fait bien exactement, dans cette première série d'essais.

J'ai alors étendu ces recherches à d'autres produits, tels que le charbon animal lavé, le carbonate de chaux, le phosphate de chaux le carbonate de magnésie, la magnésie calcinée et le sous-nitrate de bismuth. J'ai observé le même phénomène, avec cette différence que le *sous-nitrate de bismuth précipite tout à la fois la sérine et la globuline,* c'est-à-dire que l'urine filtrée ne renferme plus aucune trace des deux albumines.

Le charbon animal paraît opérer cette même précipitation partiellement ou totalement quelquefois; c'est ce qui

explique la faible déviation lévogyre que présentent des urines fortement albumineuses décolorées au charbon. Les autres corps ci-dessus paraissent ne devoir précipiter que la globuline.

Sans rien fonder de prématuré sur cette action particulière des corps « dits indifférents » en elle-même ou par rapport à la constitution et à l'état des albumines de l'urine, je viens seulement aujourd'hui la mentionner, et mettre en garde contre une pratique qui pourrait exposer à des déconvenues.

Il en ressortira, néanmoins, un fait qui peut trouver une application : celui de la précipitation de la sérine et de la globuline par le sous-nitrate de bismuth. L'urine, ainsi privée de ses albumines, pourra servir à d'autres déterminations. Le talc pourra être adjoint au sulfate de magnésie pour la précipitation de la globuline, ou même employé seul. De cette manière, on aura un liquide privé de globuline, *parfaitement limpide*, et plus propre à la recherche de la sérine. Ces recherches seront continuées et étendues à une autre série de corps, tels que les oxydes métalliques.

REVUE CLINIQUE

Lithotritie pratiquée, à l'aide de la cocaïne, pour des calculs nombreux et durs d'acide urique. — Particularité opératoire inhérente à ce cas et à d'autres analogues. — Quelques considérations sur la récidive des calculs d'acide urique,

Par M. le Dr A. Dubuc,
Ancien interne des hôpitaux.

En 1885 et en 1886 (séance du 26 décembre 1885 et du 27 novembre 1886) j'ai communiqué à la Société de méde-

cine de Paris les résultats de l'étude que j'avais faite sur l'emploi de la cocaïne dans l'opération de la lithotritie.

La conclusion de ces communications était que la cocaïne pouvait suffire pour pratiquer la lithotritie, sans douleur appréciable, lorsqu'on a affaire à des calculs de petit ou de moyen volume, et que d'autre part on doit s'en servir toutes les fois que la chloroformisation est refusée par le malade ou contre-indiquée, soit par suite du grand âge du patient, soit par suite de l'existence de certaines lésions organiques.

J'ai étudié dans la seconde de mes communications (1) le titre et la quantité de la solution qu'il convient d'injecter, suivant que la vessie est saine ou malade, l'absorption s'y produisant avec plus d'énergie dans le second cas et pouvant donner lieu à des accidents passagers d'intoxication, si le titre de la solution est trop élevé.

Je ne dissimulais pas d'ailleurs ma préférence pour le chloroforme, qui permet de prolonger la séance autant que cela est nécessaire et qui, au moment de l'aspiration des fragments, maintient l'organe dans un état de relâchement très favorable à la réussite de ce temps de l'opération.

Depuis ces deux communications, c'est au chloroforme que j'ai eu recours dans presque tous mes cas de lithotritie.

Je n'ai, dans l'observation qui va suivre, renoncé à l'emploi de cet agent anesthésique pour m'adresser à la cocaïne que devant le refus du malade de se soumettre à la chloroformisation.

Le patient, actuellement dans sa soixante-dix-huitième année, est un graveleux et même un calculeux invétéré. Il a été lithotritié une première fois par Phillips en 1868, trois fois par moi : en 1876, en 1886 et, la troisième fois, au mois de juillet de la présente année.

J'ai rapporté brièvement son histoire dans mon travail sur la cocaïne auquel je fais allusion plus haut.

(1) *De l'utilité des doses, du mode d'emploi de la cocaïne dans l'opération de la lithotritie*. Paris, Coccoz, 1887.

Les calculs, les autres fois comme celle-ci, ont toujours été constitués par de l'acide urique.

Le 2 juillet 1889, le malade me mande auprès de lui; il sait très bien à quoi s'en tenir sur la présence de calculs dans sa vessie; la marche, la voiture produisent de l'agacement; en voiture, il ne peut s'asseoir que sur une fesse; la sonde dont il est obligé de faire usage depuis plusieurs années, à cause de l'hypertrophie considérable de sa prostate, est souvent retenue par les graviers, au moment où il veut la retirer, après la sortie de l'urine.

Je procède, dès ma première visite, à l'exploration de la vessie; l'explorateur métallique fournit un bruit de cliquetis très prononcé, qui s'entend à distance, et qui est l'indice de la présence de plusieurs calculs dans la cavité vésicale.

Le 4 juillet, je procède au broiement. Le malade ayant refusé le chloroforme, j'ai recours à la cocaïne.

Après un lavage minutieux de la cavité vésicale et de l'urèthre, avec la solution d'acide borique à 4 p. 100, j'injecte dans la vessie 28 grammes d'une solution de cocaïne à 10 p. 100, réservant 2 grammes de la même solution pour baigner la muqueuse uréthrale depuis le col jusqu'au méat urinaire.

Je fais prendre au malade des positions variées, de façon à établir le contact de la solution avec toute la surface de la muqueuse vésicale.

Au bout de six minutes, sans donner issue à cette solution, j'injecte dans la vessie 100 grammes environ de solution boriquée tiède.

J'introduis alors un lithotriteur fenêtré n° 1 1/2 (mors Reliquet) et en 12 minutes, je fais 90 prises; aucun des calculs ou fragments saisis n'excédait 20 millimètres de diamètre; la plupart étaient d'une dureté extrême; à plusieurs reprises j'ai dû recourir au marteau, la pression de la vis étant insuffisante pour effectuer le broiement.

Les 90 prises faites, j'avais des ampoules volumineuses

au niveau de la face palmaire des premières phalanges du pouce et de l'index droits, tant le broiement avait été fatigant; j'ai procédé alors à l'évacuation des débris, à l'aide d'une sonde métallique du n° 25, et d'abondants lavages faits avec la solution boriquée tiède.

La quantité des fragments ramenés était considérable; bien secs, ils ont fourni un poids de 18 grammes et, comme l'eau des lavages a été jetée avant que le dépôt des poussières ait eu le temps de s'effectuer, on peut évaluer le résultat de la séance à 20 grammes au moins.

J'ai placé à demeure une sonde de gomme, afin d'éviter au malade des sondages répétés et de permettre, en même temps, de laver la cavité vésicale plusieurs fois dans les 24 heures.

La séance, au point de vue de la douleur, a été très bien supportée; il ne s'est produit aucun trouble dû à l'absorption de la cocaïne.

La vessie n'a pas été débarrassée de la totalité des calculs qu'elle contenait; mais, je l'ai dit plus haut, l'inconvénient de la cocaïne est qu'elle ne permet pas de prolonger la séance au delà d'une certaine durée.

Du reste, dans le cas présent, il eût été difficile, même avec l'emploi du chloroforme, de finir le broiement en une séance, tant le nombre de prises à faire était considérable et tant la dureté des pierres était grande.

C'est une conviction qui résultera, je pense, de l'exposé qui va suivre.

Les 5, 6, 7 juillet, le thermomètre ne dépasse pas 36°,4; le malade prend des aliments; son état général est aussi satisfaisant que possible.

Au point de vue local, il éprouve parfois dans la vessie des contractions douloureuses, parce qu'il y reste encore des calculs; on fait plusieurs fois dans les 24 heures des lavages avec la solution d'acide borique.

L'urine, à peine teintée de sang, fournit un dépôt assez épais au fond du vase.

Le 8 juillet, je procède à une deuxième séance de lithotritie, en ayant recours à la cocaïne aux mêmes doses et de la même façon que la première fois. Je me sers du lithotriteur fenêtré n° 1 1/2.

J'avais commencé le broiement depuis quelques instants, lorsque le malade accuse tout à coup des envies de vomir, dues certainement à l'absorption de la cocaïne ; il fait trois ou quatre efforts sans résultat ; on lui donne du grog à l'eau-de-vie, puis les légers accidents se calment sans que je sois obligé d'évacuer la solution de cocaïne, restée dans la vessie. Je puis alors continuer l'opération.

J'avais fait une trentaine de prises de graviers ou de fragments tous durs, dont quelques-uns mesuraient un diamètre de 12 à 15 millimètres, lorsque j'en saisis un de 18 millimètres qui résiste absolument à la pression de la vis; j'ai recours au marteau; il ne cède pas à un grand nombre de coups, j'essaie de nouveau de la pression de la vis, sans aucun résultat.

Le calcul étant enclavé dans le mors femelle, il n'y a pas à songer à en débarrasser l'instrument. Je reprends résolument le marteau et enfin, après un très grand nombre de coups, le calcul cède, à ma grande satisfaction et à celle de l'opéré qui suivait les péripéties de l'action, non sans une émotion bien naturelle.

J'ai déjà une autre fois, dans des circonstances analogues, c'est-à-dire chez un graveleux et calculeux invétéré, rencontré, au milieu de beaucoup d'autres très durs, un calcul du même volume que celui-ci, qui a présenté la même résistance au broiement et dont je ne suis venu à bout qu'à l'aide d'un nombre considérable de coups de marteau.

Cet incident vidé, je fais encore 30 prises, toutes dures : je ferme bien l'instrument, je le retire; puis j'évacue les débris au moyen de la sonde métallique à petite courbure n° 25 et de grandes injections avec la solution d'acide borique.

Je réintroduis ensuite le même lithotriteur et je fais

encore 40 prises variant de quelques millimètres à 1 centimètre. Deuxième introduction de la sonde métallique évacuatrice. Deuxième lavage à la solution boriquée.

Je place ensuite à demeure une sonde de gomme, comme la première fois.

Les débris résultant de la séance, pesés bien secs, ont fourni 16gr,75 ; il a été perdu un peu de poussière.

Les suites de la deuxième séance ont été aussi bénignes que celles de la première, bien que la durée ait atteint environ trois quarts d'heure.

Vers la fin de l'opération, l'effet anesthésique de la cocaïne avait très notablement diminué.

Le 11 juillet, je pratique une troisième et dernière séance.

Désirant éviter les phénomènes peu accusés d'absorption, qui s'étaient manifestés au cours de la deuxième séance, j'emploie une solution de cocaïne au titre de 1/15 au lieu de celle au titre de 1/10 qui m'avait servi précédemment; j'en injecte la même quantité, en tout 30 grammes.

Il se manifeste néanmoins une légère envie de vomir, 5 minutes environ après son introduction dans la cavité vésicale, envie assez peu marquée, du reste, pour que je n'aie pas à m'en préoccuper.

Je rencontre encore un certain nombre de petits graviers durs que je broie.

Le résultat de la séance a été 4 grammes de débris secs.

Les nombreux calculs, petits et durs, contenus dans la vessie au moment où j'ai commencé l'opération, pesaient ensemble 40 grammes au moins.

Cinq jours après la dernière séance, le malade a été pris d'une douleur rhumatismo-goutteuse assez intense de la partie interne de l'articulation du genou droit, accompagnée d'un peu de rougeur et de tension, mais sans aucune fièvre. Ce genre d'accident, auquel il est très sujet, pour lequel il a fait plusieurs séjours à Aix en Savoie, se rattache évidemment à la diathèse urique si caractérisée chez lui. Il

n'a eu d'autre inconvénient, dans la circonstance présente, que de l'obliger à rester immobile un certain nombre de jours.

Le 26 juillet, la douleur de l'articulation du genou ayant presque entièrement disparu, j'ai procédé à une exploration minutieuse de la vessie, qui m'a permis d'acquérir la certitude qu'il n'y restait plus aucun calcul ni débris.

Le malade n'y éprouvait d'ailleurs aucune sensation anormale.

J'ai prescrit des cachets composés de bicarbonate de soude et de carbonate de lithine à prendre aux repas, de façon à atténuer, je ne dis pas à faire disparaître la production des graviers uriques, qui s'accroît d'une manière très sensible, avec les progrès de l'âge, dans ce cas particulier, comme dans plusieurs autres qu'il m'a été donné d'observer.

Je désire tirer de ce fait le double enseignement qu'il comporte au point de vue opératoire et au point de vue de la production considérable de l'acide urique.

Au point de vue opératoire, il convient de faire remarquer que ces calculs multiples et durs d'acide urique réservent parfois au chirurgien des surprises désagréables.

Théoriquement, on est disposé à croire que la lithotritie, appliquée à un cas de ce genre, sera des plus aisées; cela est vrai en ce sens que la prise des calculs se fait, en général, sans difficulté. Mais le broiement est pénible, chacun d'eux résistant pour son compte, autant et souvent plus que ne le ferait une pierre d'un volume supérieur, dont les fragments se laisseraient ensuite facilement écraser.

Enfin, il est tel de ces petits calculs qui acquiert une dureté excessive. Au moment où on le saisit, on ignore cette particularité; on serre la vis; on trouve une résistance absolue; on a recours au marteau; le calcul ne cède pas; on voudrait en débarrasser l'instrument; on ne le peut pas, parce qu'il est fortement enclavé dans le mors femelle; on éprouve alors un moment de pénible embarras.

La difficulté s'est présentée à moi deux fois ; d'une part, dans le cours de l'opération relatée ci-dessus ; l'autre fois, dans des circonstances toutes pareilles, chez un vieillard également, que j'avais lithotritié à diverses reprises pour des calculs récidivants d'acide urique, petits et très durs.

La conduite à tenir, en pareille occurrence, est de persister dans l'emploi du marteau, jusqu'à ce que le calcul cède ; c'est ce que j'ai fait dans mes deux cas et, dans l'un et l'autre, le calcul a fini par céder. On voit qu'il importe, dans ces opérations de lithotritie pour des calculs d'acide urique petits et durs, de se servir d'instruments dont la résistance ait été sérieusement mise à l'épreuve.

Si, malgré tout, le calcul résistait à l'action du marteau, on ferait la taille hypogastrique, en se servant comme guide de la portion intra-vésicale du lithotriteur, et on extrairait l'instrument par la plaie de l'hypogastre, après en avoir, au préalable, fait retrancher toute l'armature.

L'histoire de mon malade, et c'est là le second point que je désire aborder, est encore intéressante, au point de vue de la persistance et j'ajouterai de l'aggravation de la production de l'acide urique.

Pour justifier ce terme d'aggravation, je ferai remarquer qu'en dix ans, de 1876, date de ma première opération de lithotritie chez lui, jusqu'en 1886, date de la seconde opération, le poids des calculs trouvés dans la vessie n'a pas dépassé $7^{gr}.50$, tandis qu'en moins de trois ans, de septembre 1886 à juillet 1889, le même poids n'a pas été au-dessous de 40 grammes.

Ce n'est pas là un fait particulier au malade dont je trace ici l'histoire ; je l'ai rencontré chez d'autres que lui dans des conditions identiques. Je suis tenté d'expliquer cette aggravation par cette considération que les conditions de l'alimentation restant les mêmes pour ces malades, l'activité corporelle va en diminuant chez eux avec les progrès de l'âge, que ce soit par suite d'une sorte d'inertie qui les envahit progressivement, ou parce que de fréquentes atteintes

de douleurs rhumatismales les condamnent à l'immobilité.

Une autre particularité qui mérite d'être relevée chez eux, c'est l'absence de tout accès de coliques néphrétiques; ils ont pu en ressentir quelques atteintes alors que leur gravelle était de date récente et peu abondante, mais pendant la longue durée de sa pleine activité, elles font en général défaut.

Il est certain cependant que les nombreux calculs rencontrés dans leur vessie n'y prennent pas naissance; ils descendent tout formés, à travers l'uretère, des calices et bassinet du rein. Cette absence de toute douleur accompagnant leur migration, démontre que l'uretère, d'un seul ou des deux côtés suivant qu'il s'agit d'un seul ou des deux reins, comme foyer de production, a subi une dilatation considérable.

Il y a là un motif de redoubler de précautions antiseptiques pendant le cours de l'opération; l'invasion microbienne remonterait en effet avec la plus grande facilité de la vessie au rein, à travers l'uretère dilaté et pourrait avoir des conséquences d'autant plus sérieuses que les reins sont toujours plus ou moins sclérosés, en pareille circonstance.

Les eaux minérales, dites de lavage, ne m'ont pas paru jouir d'une grande efficacité dans les cas de ce genre. Assurément, elles peuvent agir comme agents d'expulsion; mais c'est une action restreinte, car ces malades, vidant mal leur vessie, ou ne la vidant même qu'à l'aide de la sonde, les graviers chassés du bassinet s'arrêtent dans la cavité vésicale.

Les eaux alcalines puissantes, dont Vichy est le type, m'ont paru plus efficaces pour ralentir la production incessante de l'acide urique, et, comme on a affaire, en général, dans les cas dont je m'occupe ici, à des sujets vigoureux, gros, bien colorés, leur emploi est indiqué, non seulement à la source, mais dans la vie journalière du malade.

Un de mes malades, qui avait fait sans grand profit des

séjours répétés auprès d'une station de la première catégorie et que j'avais dû, dans cet intervalle de plusieurs années, opérer chaque année au printemps, parce que sa gravelle n'ayant guère été modifiée, la récidive calculeuse avait lieu invariablement chez lui, a vu sa production d'acide urique diminuer très notablement à partir du moment où il s'est rendu à Cusset et où il a fait un usage habituel à ses repas des eaux de la source Élisabeth.

Il a pu attendre trois ans, avant de réclamer de nouveau le secours de la chirurgie. Dans cet intervalle, la quantité d'acide urique retenue dans la vessie ne dépassait pas 4gr,35.

C'est donc, indépendamment du régime alimentaire, qui est celui de tous les graveleux, de l'exercice, des soins de la peau, aux alcalins donnés à des doses suffisantes, particulièrement au bicarbonate de soude, à la lithine et aux eaux alcalines puissantes, qu'il convient de recourir pour modérer la production de l'acide urique et retarder par suite la récidive de la pierre, lorsqu'on aura affaire à des malades rentrant dans la catégorie de ceux que j'ai en vue dans ce travail.

Pastilles de Fehling pour la recherche du sucre dans l'urine,

par M. Boymond.

Ces pastilles sont composées de tartrate de soude et de sulfate de cuivre purs, desséchés et mélangés dans les proportions requises pour la préparation de la liqueur de Fehling. Le mélange est soumis à la compression, de manière à obtenir des pastilles du poids de 20 centigrammes environ.

Pour l'usage, on place, dans un tube d'essai, deux de ces pastilles, puis une pastille de potasse caustique et 8 à 10 centimètres cubes d'eau distillée. On chauffe et on ajoute l'u-

rine à essayer, par très petites quantités, comme dans l'essai ordinaire.

Ces pastilles, conservées dans des flacons parfaitement bouchés, pourront rendre de bons services, dans l'essai sommaire des urines, aux médecins et aux personnes même peu expérimentées. Leur emploi permettra, en dehors du laboratoire, d'éviter les inconvénients de la liqueur de Fehling, qui attaque les bouchons de verre et qui s'altère à la longue. Le matériel se borne à deux flacons de pastilles, quelques tubes d'essai, une lampe à alcool et une pince en bois, si besoin est.

REVUE CRITIQUE

F. Lejars. — *Du gros rein polykystique de l'adulte.* Th. Doct., Paris, 1888.

L'altération néoplasique très particulière dont M. Lejars trace l'histoire paraît devoir se rapporter, dans la majorité des cas, au type de l'épithélioma mucoïde.

Cliniquement elle appartient au groupe des maladies kystiques. C'est une tumeur du rein qui a ses caractères et son évolution à elle, tumeur qu'on peut et qu'on doit diagnostiquer, tumeur qui peut, en raison de la bilatéralité habituelle des lésions, prêter à une intervention funeste. Tels sont les faits que M. Lejars s'est efforcé de mettre en lumière en s'appuyant sur l'étude approfondie de quelques observations personnelles et sur des recherches bibliographiques fort bien conduites. Ces quelques mots montrent toute l'importance de cette monographie consciencieuse et instructive.

E. Guillet. — *Des tumeurs malignes du rein.*
Th. Doct., Paris, 1888.

Ce travail clair et fort bien rédigé est la première étude d'ensemble que nous possédions sur les tumeurs malignes du rein envisagées au point de vue chirurgical. On y trouve des documents nombreux et l'exposé des principales idées professées par M. Guyon sur cette importante question de chirurgie abdominale. La thèse de M. Guillet offre donc un intérêt de premier ordre, et nous tenons à reproduire ici les conclusions qui la terminent.

Les tumeurs malignes du rein peuvent être ramenées à deux variétés principales : l'épithélioma et le sarcome. Le sarcome s'observe chez l'enfant et chez l'adulte, l'épithélioma chez l'adulte et chez le vieillard.

Les symptômes par lesquels ces néoplasmes révèlent leur présence sont : 1° une tumeur abdominale, siégeant dans le flanc et dans la région lombaire, susceptible de ballotter suivant le procédé de M. Guyon, et présentant au-devant d'elle une zone sonore ou un ruban arrondi, verticalement dirigé, correspondant au côlon ; 2° un varicocèle siégeant du même côté que la tumeur ; 3° des hématuries répétées, revenant spontanément à des intervalles d'abord éloignés ; 4° des douleurs ayant pour siège l'une des régions lombaires et pouvant s'irradier le long de l'uretère sous forme de colique néphrétique ; 5° un mauvais état général, lequel survient généralement d'une façon tardive.

Ces tumeurs se présentent sous deux types cliniques : 1° la forme complète, qui est constituée par l'ensemble des symptômes que nous venons d'énumérer, et en particulier par la coexistence d'hématuries et d'une tumeur abdominale ; 2° la forme incomplète, dans laquelle les hématuries manquent souvent. La première de ces formes se rattache plutôt à l'épithélioma, la seconde au sarcome ; mais ces deux variétés de tumeurs malignes du rein n'ont pas de caractères différentiels bien nets.

La marche de l'épithélioma est relativement lente, plus lente que celle des carcimones des autres viscères ; la marche du sarcome varie avec l'âge du malade, celle du sarcome de l'enfant est très rapide, bien plus rapide que celle de l'épithélioma et surtout que celle du sarcome de l'adulte.

La généralisation est fréquente ; d'après nos relevés elle existerait presque toujours dans l'épithélioma et dans la moitié des cas du sarcome.

Aussi les indications de la néphrectomie sont-elles restreintes ; cette opération pourra être indiquée lorsque le diagnostic aura été fait d'une façon précoce, ce qui est difficile, ou lorsque à une période plus avancée le chirurgien se trouvera en présence d'une tumeur à marche lente survenue chez un adulte vigoureux. Chez l'enfant cette opération sera réservée à des cas particulièrement favorables : chez le vieillard elle devra être rejetée d'une façon générale.

A. Godet. — *Contribution à l'étude des alcaloïdes de l'urine.* Thèse Doct., Paris, 1889.

Dans ce travail intéressant, l'auteur, élève du professeur Gautier, expose l'état actuel de nos connaissances sur les alcaloïdes de l'urine normale ou pathologique. Il montre que l'existence de ces corps n'est plus douteuse, que la cellule animale normale fabrique des leucomaïnes dont une partie s'élimine par les reins et qu'à l'état pathologique il se forme en outre, sous l'influence des microbes, d'autres corps se rapprochant de la nature des ptomaïnes.

On ne saurait trop encourager les travaux de cette nature. Il devient en effet tous les jours plus certain que les maladies dites microbiennes tiennent à la fois des maladies parasitaires et des intoxications. Aussi bien l'étude des composés toxiques auxquels reviennent certainement les principales responsabilités pathogéniques doit-elle désormais devenir l'objectif des recherches ultérieures.

J. Albarran. — *Étude sur le rein des urinaires.* Thèse Doct., Paris, 1889.

Ce travail remarquable nous donne un exposé complet des plus récentes conquêtes bactériologiques de la pathologie rénale. Par ses études antérieures, ses connaissances spéciales et ses attaches à l'école de Necker, l'auteur était sans doute tout désigné pour mener à bien les difficiles recherches qu'il a entreprises. Mais la tâche n'était pas moins délicate, et nous avons grand plaisir à féliciter M. Albarran du talent qu'il a su déployer pour la remplir. Tout en étudiant dans leur ensemble les lésions rénales des urinaires au triple point de vue pathogénique, anatomique et clinique, M. Albarran n'a pas manqué d'insister sur un certain nombre de questions jusqu'ici très controversées et dont il estime que ses recherches lui ont fourni la solution. C'est ainsi qu'il justifie successivement, avec preuves nombreuses à l'appui, ses convictions sur l'origine microbienne des scléroses rénales ascendantes et le rôle du *bacterium pyogenes* dans les *infections rénales simples* ou *combinées*. La thèse de M. Albarran offre donc à la fois les qualités d'une excellente monographie et l'attrait d'un travail original dont on ne saurait trop recommander la lecture. On en jugera du reste par les quelques propositions suivantes que je transcris textuellement. Suivant la remarque de l'auteur, elles résument la conception d'ensemble qui se dégage de son travail.

En cas d'obstacle au cours de l'urine, il existe une *période aseptique* caractérisée par la dilatation, puis par l'atrophie des canalicules du rein accompagnée d'un léger degré de *sclérose non inflammatoire*. On peut même voir, chez les urinaires, des oblitérations semblables à celles produites expérimentalement.

A un moment donné, le plus souvent par le fait du chirurgien, les organismes pénètrent dans la vessie et y pullulent; les lésions deviennent infectieuses.

Le microbe qui joue le principal rôle est le *bacterium pyogenes* qui, à lui seul, cause 16 infections sur 25 ; les 9 autres ont été produites 7 fois par la même bactérie associée à un bacille, à des microcoques ou au streptocoque pyogène, 2 fois par le seul streptocoque.

L'infection locale du rein comme l'infection générale peut donc être *simple*, produite par une seule espèce de microbes ou *combinée*, résultant de l'action de plusieurs espèces agissant d'une façon simultanée.

Les microbes arrivent au rein par la *voie ascendante* uretérale ou par la voie *descendante* circulatoire. Très souvent les lésions sont à la fois ascendantes et descendantes.

Dans le rein, les micro-organismes se propagent par les canalicules et par les espaces lymphatiques : ils peuvent, en suivant cette dernière voie, sortir du rein ou du bassinet et produire des *abcès périrénaux*.

Quand les organismes arrivent au rein par la *voie ascendante*, ils produisent, suivant leur virulence : (a) la *sclérose simple*, avec foyers embryonnaires sans suppuration ; (b) la *néphrite suppurée*.

Dans les cas de sclérose lente, même sans polyurie, le diagnostic de la lésion peut être établi par la présence simultanée de trois symptômes presque constants : l'*albuminurie* en général légère, la *diminution de la quantité d'urée,* la présence de *cylindres* dans les urines.

La fièvre urineuse est due à la pénétration des microbes dans le sang et à la *réaction de l'organisme ;* si celui-ci est affaibli par l'âge ou par la cachexie, la fièvre manque ou ne se manifeste que par une élévation finale. Toutes choses égales sous le rapport de la capacité de réaction de l'organisme, la fièvre est plus intense si la *virulence* des microbes est augmentée.

Dans plus de la moitié des cas de *néphrite suppurée* suivis de mort, la *fièvre manque* totalement : cela est dû à la déchéance de l'organisme, habituelle chez l'urinaire. La fièvre et la suppuration du rein n'ont *pas de rapport de cause*

à effet; toutes deux étant dues à l'infection microbienne, elles peuvent coexister.

Quand les microbes *s'éliminent* par les reins après avoir été absorbés dans les voies urinaires, ils peuvent ne produire que de la *congestion* ou des hémorrhagies dans les cas d'*infection foudroyante;* si l'élimination dure plus longtemps, on observe une néphrite diffuse avec prédominance des lésions *hémorrhagiques épithéliales* ou *diapédétiques.* Si l'infection est plus prolongée encore, il se produit une néphrite suppurée due à des *embolies* microbiennes.

On doit être sobre d'intervention pendant la période aseptique, des urinaires. Pendant la période septique il faut, préalablement à toute opération sanglante, pratiquer l'examen bactériologique de l'urine ; craindre surtout le *bacterium pyogenes* et le streptocoque. Si ces microbes existent dans les urines, il est nécessaire de rendre le milieu vésical aseptique, autant que possible pendant plusieurs jours avant l'opération ; toute intervention sera très rigoureusement aseptique, et, même pour le simple cathétérisme, on doit s'entourer de toutes les précautions usitées pour les opérations sanglantes.

On peut, en négligeant ces précautions, causer la mort des malades.

Dr Paul Segond.

Esquisse critique sur la recherche de l'albumine urinaire selon les procédés classiques,

par M. le docteur Beugniès-Corbeau (de Givet).

L'examen d'une urine albumineuse n'est pas toujours aussi facile qu'on le pense. Ceux qui ne le pratiquent que rarement restent seuls à l'accomplir avec une sérénité parfaite. Il est vrai qu'ils manquent le but au moins dans la

moitié des cas. Dernièrement, je donne une urine à analyser. On me répond qu'elle est aussi normale que possible. Surpris, je me mets moi-même à l'œuvre, et je décèle, sous les yeux de mon chimiste décontenancé, deux grammes d'albumine! Lui n'en avait pas vu un atome parce qu'il avait versé de l'acide azotique *larga manu* dans son liquide avant de le chauffer (1), fidèle en cela au conseil funeste que l'on trouve formulé ou copié par tous les urologistes, depuis Méhu, jusqu'aux auteurs de moindre importance. Méhu dit en toutes lettres (*Urines normales et pathologiques*, page 197) qu'il faut agir sur des urines franchement acides, et rendues telles par quelques gouttes d'acide acétique. Le premier effet de cette opération, ajoute-t-il, sera de produire un trouble sur les urates et les éléments anatomiques, trouble qu'il faudra séparer au filtre avant de chauffer le liquide. Telle est la technique enseignée. Bien qu'il m'en coûte de faire insurrection contre l'autorité de Méhu, je puis cependant dire — et beaucoup de ceux qui ont fait des examens d'urine un peu délicats, partageront mon avis, M. Esbach entre autres (2) — qu'il ne faut point partir d'une urine trop acide, au contraire. J'ai vu souvent qu'il suffisait d'abaisser un peu l'acidité artificielle trop grande d'une urine pour faire apparaître des traînées albumineuses là où la recherche était demeurée négative. Si donc on veut s'astreindre au conseil ci-dessus, — excellent du reste en ce qui concerne les urates et les éléments anatomiques, — on fera bien, une fois ce préambule vidé, d'introduire un peu d'alcali dans le liquide *jusqu'à ce qu'il ne donne plus au papier de tournesol qu'une teinte modérément rouge.*

En parlant de la coagulation de l'albumine par la chaleur

(1) M. Esbach raconte (*Bulletin de thérapeutique*, 1883, t. 104, p. 17) qu'il manque toujours *exprès* la même expérience dans des conditions analogues devant les étudiants, avec des doses de 17 à 20 et même 23 grammes d'albumine, pour les mettre en garde contre de semblables bévues.

(2) Dosage de l'albumine dans l'urine. — Picrate d'albumine. — *Bull. thérapeut.* 1880, t. 98. ESBACH, les albumines normales et anormales de l'urine. — *Id.* ESBACH, 1883, t. 104.

acide dans les ouvrages, on omet de dire que les mêmes albumines (je ne parle que de celles du sérum, bien entendu) sont absolument coagulables dans un milieu neutre par la chaleur seule ; en d'autres termes, qu'il suffit de chauffer une solution d'albumines identiques à celles du sang, pour voir la coagulation se produire. Pourquoi, alors, ajoute-t-on des acides? Parce que, sous leur influence, la partie de l'albumine qui se concrète, le fait plus visiblement, et qu'elle se précipite en plus gros flocons — quand elle se précipite. En effet, la plupart des acides redissolvent un peu l'albumine, mieux encore à chaud qu'à froid! Ils la redissolvent même complètement s'ils sont en grand excès vis-à-vis d'elle. Et alors, au lieu d'une précipitation en nuage, on assiste à une éclipse totale du produit. Les milieux alcalins agissent absolument de même. L'idéal serait donc un milieu neutre. Mais, outre qu'il est presque impossible de l'obtenir dans la pratique et que du reste les phosphates se précipitent dans un milieu neutre ou trop peu acide, force nous est donc de choisir des véhicules qui présentent franchement, *mais sans excès,* cette dernière réaction.

Quand, entouré de ces garanties préalables, j'arrive à un résultat douteux ou contesté, je me débarrasse des phosphates et partiellement des urates en portant mon liquide à l'alcalinité par un peu de soude ou d'ammoniaque. Je filtre et je ramène à l'aide d'un peu d'acide acétique à un état aussi faiblement acide que possible (teinte violâtre au papier tournesol) et alors je n'ai plus à craindre de redissolutions par acidité excessive. Toute mon albumine se décèle en quelque sorte d'elle-même sous les différentes épreuves qui servent à la caractériser.

Quelles sont ces épreuves? Des procédés nouveaux naissent tous les jours. Mais après expérimentation, la confiance qu'on leur accorde est si mince que l'on retourne bientôt, invinciblement, vers les vieilles méthodes, les mieux connues, celles qui ont les meilleurs états de services. Ce sont elles encore qui constituent pour nous les moyens les

plus sûrs. Bien qu'elles soient en quelque sorte banales, il est certain qu'on ne les connaît pas encore assez, que la plupart d'entre nous ne savent pas lire en elles sûrement et couramment, et qu'il est utile d'exposer d'une manière succincte les ressources multiples qu'elles renferment. Parmi ces méthodes il en est quatre que le temps a consacrées; elles reposent sur la chaleur, l'acide acétique, l'acide azotique et les sulfates de soude ou de magnésie.

A. — Conditions générales de l'examen.

L'urine que l'on veut essayer devra toujours être

1° Absolument limpide, et, en cas de trouble, filtrée ou décantée.

2° Acide mais sans excès (à peine rouge brique) et, si on l'a débarrassée de ses phosphates, aussi peu acide que possible, teinte violâtre au tournesol.

3° On pourra encore abaisser comme je le fais souvent son acidité à la condition de la relever avec un peu d'acide acétique quand on l'aura soumise à l'épreuve de la chaleur: l'albumine coagulée ne se redissoudra pas, si l'on ne porte pas trop loin le chiffre de l'acide, tandis que les phosphates se redissoudront.

B. — Examen par l'acide azotique.

a. — *A froid.* 1° Si à une urine albumineuse on mêle de l'acide azotique introduit lentement, il se forme un trouble immédiat qui reste stable quand l'acide n'est pas en excès et qui se redissout de lui-même ou beaucoup mieux par agitation, en cas contraire.

2° On obtient le même trouble avec une urine riche en leucocytes et peut-être en éléments figurés divers, par la raison que la trame de ces éléments est de la matière protéique.

3° Dans une série d'expériences spéciales nous avons vu

qu'un liquide mêlé de sang dissous ou d'hémoglobine, donne des réactions identiques, sauf une légère différence dans la teinte jaune noirâtre du précipité.

4° Les acides azotique et acétique coagulent la mucine. — Mais, du premier, un excès la redissout ; de l'autre, non. Du reste, rien avec la chaleur seule.

5° Si dans un verre à expérience, qui contient de l'urine, on verse lentement sur les parois de l'acide azotique, on assiste à la série des phénomènes ci-dessous : l'acide traverse l'urine et gagne le fond du verre où il s'étale en nappe. Au point de contact de cette nappe avec l'urine sus-jacente apparaît :

Une ligne étroite, jaune grenat, dite *sous-ligne pigmentaire ;*

Au-dessus d'elle et lui faisant suite, une bande violacée, carminée, verte ou bleue, suivant les cas, — c'est la *zone des pigments* ;

Beaucoup plus haut, et séparée de cette zone par un intervalle vide, se balance l'*hostie* d'acide urique (qui manque toujours dans les urines pauvres en urates) ;

Enfin, parfois au-dessus de cette hostie un nuage grenu comme une gelée. Ce nuage est de l'azotate d'urée (rare).

Un tel liquide ne contient point d'albumine.

L'expérience est connue sous *le nom de verre de Gubler*.

6° Quand avec les manipulations qui précèdent dans le paragraphe 5 on voit apparaître en quelques secondes une masse caséeuse, *à la face supérieure de la zone pigmentaire* et même se confondant avec elles, *c'est de l'albumine des substances résineuses* (térébenthine, goudrons, espèces aromatiques ingérées) *ou des résines biliaires.*

7° Que l'on verse une certaine quantité d'acide azotique au fond d'un tube, — que par-dessus on introduise doucement l'urine de manière que les liquides se touchent sans se pénétrer, — qu'au point de contact il se forme un nuage blanc floconneux, — que ce nuage se redissolve par agitation, se reforme trois et quatre fois, si l'on ajoute de

la même manière qu'au début trois ou quatre apports successifs d'urine, — et qu'enfin il reste stable sous un dernier apport, — on se trouvera en présence *soit de l'albumine, soit des produits résineux, soit des résines biliaires.*

La première partie de l'expérience que nous venons de décrire, basée sur la formation d'une lunule caséeuse à la surface de l'acide azotique, porte le *nom d'anneau de Heller.*

Le précipité stable, obtenu après plusieurs redissolutions successives, est-il redissoluble dans l'alcool? on conclura à la présence des résines. — Ne l'est-il point? à celle de l'albumine (1).

8° L'hostie formée par les urates, sous l'influence de l'acide azotique, se reproduit aussi bien avec l'acide acétique qui à froid ne réactionne point l'albumine.

9° Un liquide riche en urée peut donner naissance avec l'acide azotique à un nuage opaque qui, au lieu d'être cotonneux comme celui de l'albumine, est grenu en forme *de givre.* En outre le nuage occupe les parties supérieures de l'urine et non la surface de contact; à moins qu'on ne se trouve en présence d'un liquide concentré riche à la fois en urée et en albumine. Il suffira alors d'étendre d'eau pour bien distancer, dans un nouvel échantillon, les deux diaphragmes et les reconnaître.

10° Tous les précipités obtenus avec l'acide azotique, *quels qu'ils soient*, sont redissolubles par agitation dans un excès du même acide.

b. A chaud. 1° Si une urine est pauvre en albumine, qu'elle soit normalement acide, et qu'avant de la chauffer on y introduise de l'acide azotique, on obtiendra par la chaleur... *Rien du tout.*

2° Avec un échantillon neutre ou basique, additionné d'acide azotique jusqu'à teinte rouge pâle au papier tournesol, on obtiendra, s'il y a de l'albumine, un trouble laiteux

(1) L'épreuve par l'alcool à 90° aiguisé d'acide acétique ne réussit qu'à la condition de déféquer préalablement les terres de l'urine au moyen de l'ammoniaque ou de la soude.

plus ou moins opaque dans la partie du tube que l'on aura chauffée. Ici l'urée, les urates, les résines ne peuvent plus intervenir.

3° La redissolution du précipité, s'il est un peu dense, ne doit pas avoir lieu avec une goutte d'acide azotique.

4° Mais elle se produira si on le verse jusqu'à excès, et plus vite en maintenant l'ébullition.

C. — Examen par l'acide acétique.

a. A froid. Cet acide ne donne rien avec une urine albumineuse, mais il trouble celles qui sont chargées de leucocytes, d'hématies, de détritus épithéliaux, d'oxalates et de mucine.

c. A chaud. 1° Un grand excès d'acide précipite les oxalates, la mucine, mais pas l'albumine.

2° Introduit en quantité strictement suffisante, il précipite mieux, plus complètement cette dernière et plus sûrement que l'acide azotique. Selon M. Esbach la technique la plus sensible consiste à chauffer d'abord une urine dans toutes les conditions requises d'acidité et à y faire choir une seule goutte d'acide acétique après qu'on l'a retirée définitivement de la flamme. Si le trouble persiste, il ne peut être dû qu'à de l'albumine, à des oxalates ou à de la mucine. L'épreuve à froid tranche la triple énigme.

D. — Examen par la chaleur seule. (Précision.)

1° Quand on chauffe, sur un point quelconque d'un tube à essai, une urine albumineuse, limpide et *naturellement acide*, il se forme au niveau de la zone chauffée une traînée laiteuse, tantôt ténue, tantôt dense, qui tranche avec la transparence parfaite des zones voisines non soumises à la chaleur.

2° Les résines de toute provenance peuvent donner lieu à une réaction identique. Nous avons dit que l'alcool à 90° les redissout.

E. — Examen par les sulfates de soude ou de magnésie à sursaturation

a. A froid. 1° Qu'on sursature une urine albumineuse par du sulfate de soude ou de magnésie exempts de sulfate de fer, et qu'on filtre en ayant soin de remettre un ou deux cristaux de ces sels au fond du liquide, il se formera au bout de quelques heures, avec toutes les albumines urinaires sauf les peptones, un coagulum très sensible.

b. A chaud. La même expérience est parcourue plus vite si, après filtration, on chauffe. Le précipité n'étant pas redissoluble dans une ou deux gouttes d'acide acétique, ne pourra être que de *l'albumine*, des *éléments anatomiques*, ou des *oxalates*. Nous avons indiqué la méthode de différenciation.

Nous avons cru utile de mettre en tableau les résultats auxquels on arrive.

F. — Caractérisation du précipité blanc obtenu.

I

Albumine. — *A froid.* — 1° Reste dissoute en présence de l'acide acétique.

2° Précipite avec l'acide azotique introduit en toute proportion (verre de Gubler, anneau de Heller), mais se redissout par l'agitation.

3° Précipite lentement sous l'influence des sulfates de soude ou de magnésie purs en sursaturation.

A chaud. — 1° Précipite dans un milieu modérément acide, et même, si on a enlevé les phosphates, dans un milieu très faiblement acide.

2° Ne donne rien avec les acides introduits en trop forte proportion.

3° Après avoir subi le traitement par les sulfates, précipité à l'ébullition simple.

4° Après coction le précipité, quel que soit le mode par le-

quel on l'a obtenu, n'est redissoluble ni dans l'acide acétique introduit jusqu'à réaction hyperacide, ni dans l'alcool froid à 90°.

Hémoglobine. — Présente toutes les réactions de l'albumine, sauf que ses précipités sont beaucoup plus bruns. Pas d'hématies dans le résidu solide.

Urates, urée. — Précipités à froid par les acides, ils se redissolvent à chaud.

Phosphates. — Précipités dans un milieu alcalin neutre ou trop peu acide, ils se redissolvent à l'aide de quelques gouttes d'acide acétique.

Leucocytes, éléments anatomiques. —Donnent un trouble à froid avec les acides acétique et azotique, souvent même ils donnent des urines troubles dès l'émission. Reconnaissables au microscope.

Mucine. — Trouble à froid et à chaud avec l'acide acétique. Même trouble avec l'acide nitrique mais redissoluble à chaud.

Oxalates. — Trouble avec l'acide acétique, plus sensible à chaud. Rien avec l'acide nitrique.

Résines. — Trouble par la chaleur acide seule. Même trouble avec l'acide nitrique, mais redissoluble à chaud ou dans l'alcool à 90°.

II

a. A chaud. — 1° Précipitation dans un milieu modérément acide.	Albumines, résines.
« 2° Trouble non redissoluble par l'alcool ou deux gouttes d'acide acétique. .	Albumines.
« 3° Après sursaturation par les sulfates alcalins et filtration, *trouble*	Albumines, résines.
« 4° Précipité jaune cassonade ou kermès. . . .	Hémoglobine, sang.

b. A froid. — 1° Précipitation par les alcalis.	Phosphates, urates.
« 2° Trouble avec l'acide acétique.	Mucine, leucocytes, éléments anatomiques, urates, oxalates.
« 3° Trouble avec l'acide nitrique	Leucocytes, éléments anatomiques, albumine, urée, térébenthine, résines.
« 4° Anneau de Heller. .	Albumines, résines.
« 5° Avec deux gouttes d'acide nitrique, trouble non redissoluble dans l'alcool à 90°.	Albumines, urates, urée.
« 6° Précipitation lente dans un liquide sursaturé de sulfate.	Albumines, éléments anatomiques.
« 7° Avec acide nitrique, précipité blanc mêlé de rouge ou de noir (teinte mélasse ou kermès, due à la présence de l'hématine).	Sang, hémoglobine.

Il résulte de ce qui précède que les moyens les plus courts et les plus positifs d'arriver à la détermination de l'albumine sont :

1° La coagulation à chaud non redissoluble dans une goutte d'acide acétique.

2° L'anneau de Heller.

3° La même expérience poussée jusqu'à formation d'un

précipité stable non redissoluble dans l'alcool à 90° (4 volumes fortement aiguisés d'acide acétique) (1).

4° Rien à froid avec l'acide acétique.

5° Et dans les cas douteux, la sursaturation par les sulfates, avec coagulum déposé lentement à froid, — séance tenante, à l'ébullition.

REVUE DES JOURNAUX

PRESSE FRANÇAISE

1° TUMEUR D'UN CORPS CAVERNEUX, par le docteur A. POUSSON (*Ann. de la policlinique de Bordeaux*, janvier 1889). — Un homme de 35 ans, vigoureux, sans antécédents pathologiques héréditaires ou personnels dignes d'être notés, s'aperçoit, peu de temps après un coït désordonné, de la présence d'une petite tumeur sur le côté droit des corps caverneux, à une faible distance du gland. Cette tumeur est située sous l'enveloppe du pénis, qui a conservé ses caractères normaux et glisse aisément sur elle; les doigts peuvent la saisir à travers cette enveloppe sous forme d'une sorte de petite corne, couchée le long du corps caverneux, dont il est facile de la séparer dans une étendue de 1 centimètre et demi, tandis que le reste, mesurant environ un demi-centimètre, est adhérent à la tunique fibreuse du corps caverneux droit, à 2 centimètres en arrière de la couronne du gland. De consistance cartilagineuse, cette grosseur est indolente et ne détermine pendant l'érection aucune gêne, ni aucune déviation de la verge, laquelle a d'ailleurs conservé partout ailleurs sa consistance et son apparence normales.

(1) L'expérience n'est bien concluante que si on a eu soin au préalable de déféquer les terres avec un peu d'alcali, car autrement neuf urines normales sur dix donnent un trouble terreux avec l'alcool fortement acétifié, trouble nul après défécation.

Malgré le début brusque assigné à cette tumeur par les dires du malade, qui ne s'était peut-être pas aperçu de son existence auparavant, M. Pousson recherche chez son client l'arthritisme et le rhumatisme ; il n'en présente pas de soupçons. Mais différents phénomènes qu'il signale engagent à analyser son urine : celle-ci contient 27 grammes de sucre par litre. Un traitement approprié est prescrit : régime, eau de Vichy, bromure, etc. Au bout de quelques mois, la tumeur avait complètement disparu.

2° NOUVEAU PROCÉDÉ D'EXTIRPATION TOTALE DU PÉNIS, par le docteur MONTAZ (de Grenoble) (*Gaz. des hôpit.*, 27 août 1889). — A propos d'un de ses malades atteint d'épithélioma de la verge, M. Montaz étudie les différents procédés d'extirpation totale du pénis. Dans le cas particulier, il a employé le procédé en raquette, enlevant la verge comme une véritable tumeur, un cancer du sein par exemple. L'incision, commencée au milieu de la région pubienne, à 3 à 4 centimètres au-dessus de la racine de la verge, s'incline ensuite en bas et à gauche, gagne le bord gauche du scrotum qu'elle suit jusqu'à la partie la plus déclive des bourses, où elle devient transversale jusqu'à ce qu'elle remonte à droite en sens inverse. L'hémostase étant faite au fur et à mesure par l'application des pinces à forcipressure, la perte de sang est insignifiante.

Le pénis étant ainsi enlevé au ras du pubis, et avec lui la peau et les tissus environnants, on se trouve en présence d'une vaste plaie à extrémité supérieure pointue : les testicules avec leurs cordons sont à nu ; l'urèthre s'ouvre au centre de la plaie et, dans sa partie profonde, au-dessous de l'ogive pubienne. On examine alors les ganglions inguinaux et les testicules, les respectant ou les enlevant suivant leur état.

Le second temps de l'opération consiste à s'occuper du canal. Pour cela, on introduit une sonde cannelée droite dans l'urèthre jusqu'à la région périnéo-bulbaire ; un aide fait saillir son extrémité au périnée en arrière du bulbe et l'on incise en ce point dans une étendue de 2 centimètres environ sur la ligne médiane. Saisissant alors la muqueuse uréthrale à travers cette boutonnière périnéale, on la fixe à la peau par une couronne de sutures. Quant à la grande plaie antérieure, elle

est comblée par la partie postérieure du scrotum attirée en haut et en avant et suturée dans cette position. Toute l'urine s'échappe par la boutonnière périnéale : rien ne passe par le bout antérieur du canal. Avec un drainage convenable et des précautions antiseptiques minutieuses pendant et après l'opération, le résultat est parfait ; c'est ce qui eut lieu chez le malade de M. Montaz, qui, au bout de deux ans, ne présentait aucune trace de récidive et urinait facilement par son périnée.

3° Éjaculation sanguinolente chez un rétréci, par le docteur A. Pousson (*Ann. de la policlinique de Bordeaux*, janv. 1889). — Un homme, de vigoureuse constitution, vient consulter M. Pousson pour des éjaculations sanglantes, qui se reproduisent chez lui à presque tous les coïts, depuis l'âge de 20 ans, en ce sens qu'après l'émission du sperme, les quelques gouttes restées dans le canal et venant sourdre au méat sont striées de sang et laissent sur le linge des taches sanguinolentes. En dehors du coït, même après des érections prolongées, jamais il n'y a eu le moindre suintement sanglant par l'urèthre. Aucun trouble fonctionnel d'ailleurs : aucune douleur ni pendant l'éjaculation qui se fait en jet, ni pendant l'érection de la verge qui a sa rectitude et sa rigidité normales ; aucune sensibilité à la pression, ni déformation quelconque du côté des testicules, des épididymes, des cordons, de la prostate, ni des vésicules séminales. Le malade n'a jamais abusé des rapports sexuels et, chose importante à noter, il n'a jamais contracté aucune affection vénérienne : ni chancre, ni blennorrhagie, pas le moindre écoulement uréthral, même passager.

A l'exploration du canal, une boule olivaire de moyen volume est arrêtée par un obstacle dans la portion pénienne, à 3 centimètres et demi environ du méat ; une olive du n° 11 seulement franchit ce point rétréci avec un léger ressaut à l'aller et au retour et ramène un peu de sang sur son talon, bien que cette exploration ait été pratiquée très doucement. Le sang paraît provenir du point situé immédiatement en arrière de la stricture. Le reste du canal est de calibre normal. Sur le raphé médian de la verge, à la face inférieure, au point exactement correspondant à la stricture, on trouve une tache blanchâtre et arrondie, du diamètre d'une lentille, ayant un aspect gaufré et

cicatriciel : le malade ne peut fournir aucun renseignement à cet égard.

En présence de ce cas bizarre, M. Pousson conclut à une fausse hémospermie, puisqu'il ne constate pas de spermatocystite et il attribue l'existence du sang teintant le sperme à de minimes excoriations ou fissures de la région rétro-stricturale enflammée de l'urèthre. Il pratique donc la dilatation temporaire progressive du canal par les bougies jusqu'au n° 22.

Depuis que le calibre du canal est rétabli, le malade, qui entretient lui-même la dilatation en passant de loin en loin une bougie n° 20, n'a plus remarqué de sang dans le produit de ses éjaculations.

4° Hématocèle funiculaire par effort, par le docteur Fleury (*Loire médicale*, 15 déc. 1888). — Un ouvrier de 20 ans, en soulevant un lourd fardeau pesant près de 400 kilogrammes, éprouve une très vive douleur vers le pli de l'aine gauche. Le lendemain, M. Fleury le voit et ne constate rien d'anormal dans l'aspect extérieur des téguments de l'aine, ni comme coloration, ni comme volume : pas traces de hernie ni de varicocèle. Cependant, douleur vive au niveau de l'anneau inguinal gauche et sur le trajet du cordon qui est dur et tuméfié. Épididyme et testicule sains et indolores. Pas de blennorrhagie récente ou ancienne ; pas de rhumatisme ou de tuberculose.

Quatre jours après, ecchymose des téguments au niveau du cordon, qui est toujours gros et douloureux. Pas d'œdème du scrotum, le testicule et l'épididyme gauches sont intacts ; aucun écoulement uréthral. Au 15e jour, le malade est guéri et reprend son travail.

M. Fleury croit, dans ce cas, à une hématocèle funiculaire et accepte volontiers le mécanisme indiqué par Roux et Velpeau, à savoir le pincement du cordon par le pilier postérieur.

5° Pseudo-orchite par effort (coup de fouet du cordon), par le docteur O. Guelliot (de Reims) (*Union méd. et scient. du Nord-Est*, juillet 1889. — M. Guelliot résume lui-même son travail, basé sur quelques observations intéressantes qu'il publie, par les propositions suivantes :

1° L'orchite par effort, bien qu'exceptionnelle, existe cepen-

dant et elle paraît due à la contraction brusque et énergique du crémaster, et quelquefois à sa contracture.

2° Souvent l'effort n'est que la cause occasionnelle de l'inflammation, ou bien il n'agit qu'en rendant douloureux un testicule déjà malade ; il faut chercher la cause véritable dans une lésion des organes génitaux profonds : urèthre postérieur, vésicule séminale.

3° Sous l'influence de l'effort, il peut se produire une rupture des veines spermatiques, normales ou déjà altérées. Si l'épanchement sanguin est limité à la partie inférieure du cordon, il peut englober l'épididyme. Ce *coup de fouet* du cordon simule l épididymite.

4° La variété de *pseudo-orchite* par effort signalée dans ce travail a pour caractères diagnostiques : son siège ordinaire à gauche, ses limites mal circonscrites, son peu d'intensité, et la présence de dilatations veineuses, qui ne sont souvent appréciables qu'après la résolution de l'épanchement sanguin.

6° TRAITEMENT DE L'HYDROCÈLE SIMPLE PAR LE PROCÉDÉ DE DEFER (NITRATE D'ARGENT SOLIDE), par le docteur H. BOUSQUET (*Bull. de thérapeutique*, 30 juillet 1889). — Comme MM. Terrillon et Ch. Monod, M. Bousquet préfère, dans l'hydrocèle simple, à la vieille injection de teinture d'iode étendue d'eau au tiers ou à moitié, le procédé de Defer tout aussi efficace et au moins aussi innocent, d'une exécution plus simple et plus facile et, ce qui n'est pas à dédaigner, plus propre. L'appareil instrumental se réduit à un trocart et à un stylet de trousse. Avant l'opération, on fait fondre un fragment de nitrate d'argent : l'extrémité du stylet est plongée dans le liquide ainsi obtenu, et se recouvre d'une légère couche de nitrate d'argent sur une étendue de 3 à 4 centimètres. Vidant ensuite la vaginale par une ponction avec le trocart, le chirurgien introduit le stylet par la canule dans la cavité et le promène sur toute la paroi interne de la séreuse. Il se produit une réaction assez vive et tout se passe comme après l'injection iodée.

Dans les formes compliquées, ajoute M. Bousquet, alors que l'injection n'a pas réussi ou que la nature même de l'hydrocèle porte à croire qu'elle ne réussirait pas, il faut avoir recours à

l'incision antiseptique de Volkmann ; mais celle-ci, quoique simple, demande une instruction chirurgicale plus sérieuse et qui n'est pas à la portée de tous.

7° TRAITEMENT DE L'HYDROCÈLE AVEC OU SANS ÉPAISSISSEMENT DE LA TUNIQUE VAGINALE, par le professeur VERNEUIL (*Gaz. des hôp.*, 22 août 1889). — Il s'agit, dans cette leçon clinique, d'un vieillard dont l'hydrocèle, traitée deux fois par la ponction et l'injection iodée, avait récidivé deux fois. Croyant la syphilis en cause, on avait entre temps administré, inutilement d'ailleurs, de l'iodure de potassium. Une troisième ponction ayant donné issue à un liquide séro-sanguin et ayant permis de constater un épaississement énorme de la tunique vaginale (7 à 8 millimètres) et une certaine augmentation de volume de l'épididyme, étant donné l'âge du malade, la castration fut décidée et pratiquée. L'hémostase immédiate fut longue et difficile à obtenir, et des hémorrhagies secondaires se produisirent pendant les jours suivants avec une abondance et une persistance inquiétantes. Bien que le malade, Parisien de naissance, n'eût presque jamais quitté la capitale, M. Verneuil soupçonna un paludisme larvé d'être la cause de ces pertes de sang répétées. En effet, sous l'influence d'une dose quotidienne de 1 gramme de sulfate de quinine, répétée pendant quelques jours, ces hémorrhagies cessèrent définitivement. Mais, afin d'empêcher la rétention des caillots dans le sac, la plaie avait dû être désunie, maintenue, écartée et soumise à la pulvérisation phéniquée continue. Néanmoins, au moment de la leçon, la guérison se poursuivait sans encombre.

A propos de ce cas, M. Verneuil expose sa manière de faire habituelle en présence d'une hydrocèle. Si la vaginale n'est pas épaissie, il donne toujours la préférence à la ponction suivie d'une injection iodée, à condition toutefois que cette opération soit pratiquée avec le plus grand soin ; il faut notamment vider la poche jusqu'à la dernière goutte du liquide séreux, ne se servir que d'une solution iodée bien titrée, laisser le malade au lit pendant quelque temps, etc. Si l'hydrocèle récidive, c'est que, ou bien l'opération n'a pas été faite correctement, ou bien l'épanchement est sous la dépendance de quelque état pathologique des organes, auquel l'injection ne saurait remé-

dier, tel que lésions tuberculeuses ou cancéreuses du testicule, épaississement du cordon ou de l'épididyme. Quant à la résection de la tunique vaginale, si on avait voulu la pratiquer chez le malade qui fait le sujet de la leçon, il est probable que, en raison de l'épaisseur considérable des bords de la plaie, la suture eût échoué, ainsi que cela est arrivé récemment entre les mains de chirurgiens des plus habiles cependant.

8° De l'hydrocèle péritonéo-vaginale ou hydrocèle congénitale, par M. J.-L. Faure, interne des hôpitaux (*Gaz. des hôpit.*, 15-17 août 1889). — Dans cette revue générale, l'auteur établit d'une façon très complète et très précise l'histoire didactique de l'hydrocèle péritonéo-vaginale, d'origine toujours congénitale, puisque la cause réelle est une malformation ou plutôt un arrêt de développement.

Après avoir étudié dans tous leurs détails les signes et symptômes de cette affection, M. Faure en recherche la nature et en discute la pathogénie. A cet égard, il adopte résolument la théorie de l'origine péritonéale du liquide de l'hydrocèle communicante, sans cependant que cette opinion soit absolue, et il s'appuie principalement sur un ensemble de preuves cliniques, qui lui paraissent convaincantes. Enfin, après avoir envisagé rapidement le diagnostic et le pronostic, l'auteur termine son travail par l'exposé des différents modes de traitement généralement employés : port d'un bandage comprimant le canal vagino-péritonéal et amenant à la longue l'adhérence des deux feuillets, injections irritantes (alcool, acide phénique, sublimé, teinture d'iode, chlorure de zinc, etc.), section chirurgicale du canal séreux entre deux ligatures, et enfin ouverture aseptique de la vaginale comme pour la cure radicale de l'hydrocèle simple.

9° Fistule vésico-vaginale, par le docteur L.-G. Richelot (*Union médicale*, 7 juillet 1889). — M. Richelot profite d'un cas de fistule vésico-vaginale qu'il a eu l'occasion d'opérer récemment et de guérir pour entrer dans diverses considérations pleines d'intérêts, non pas sur la *méthode* qui est presque toujours la méthode américaine, c'est-à-dire l'avivement large et l'affrontement vertical de la muqueuse du vagin au-dessous de

l'orifice accidentel, mais sur le *procédé*, qui n'exige plus aujourd'hui, d'après l'auteur, les instruments délicats et multiples imaginés autrefois pour passer les fils, les tordre, les fixer, etc. Antisepsie vaginale, sutures très simples au crin de Florence, position de la malade et cathétérisme intermittent, tels sont les principaux points sur lesquels il attire l'attention dans l'observation qu'il publie.

Chez sa malade, l'opération était particulièrement incommode à cause de la disposition de la fistule; néanmoins, l'aiguille de Reverdin lui a suffi; quelques fils par points séparés, noués simplement avec les doigts, ont parfaitement adossé les surfaces vives, sans outils spéciaux, sans tubes de Galli, et ont pu rester en place pendant 15 jours sans rien couper, sans permettre à l'urine de l'infiltrer, sans provoquer de suppuration. Les fils d'argent, dit M. Richelot, auraient été sans nul doute plus difficile à faire tenir et auraient dû être enlevés plus tôt; leur ablation prématurée n'aurait peut-être pas assuré la réunion et, si elle eût été tardive, l'infiltration d'urine n'aurait probablement pas été évitée. Les crins de Florence, par leur finesse, leur souplesse et leur résistance absolue, sont commodes à placer et peuvent rester aussi longtemps qu'on veut, voire même être oubliés.

Quant à la sonde à demeure, elle ne serait vraiment utile que si chaque goutte d'urine passait directement de l'uretère dans l'œil du cathéter. Mais on sait que l'urine n'arrive dans la sonde que lorsqu'elle est descendue en plus ou moins grande quantité dans le bas-fond vésical, où elle a eu toute liberté pour imbiber la suture. Aussi est-il préférable d'avoir recours au cathétérisme intermittent, toutes les deux heures d'abord, puis plus espacé. De plus, une condition indispensable de succès, c'est de faire prendre à la malade une position déterminée, par exemple le décubitus latéral qui ne la fatigue pas et lui permet de changer de côté.

Enfin, la dernière condition pour assurer l'adhésion parfaite, c'est l'asepsie vaginale qu'on obtient avec l'iodoforme.

10° Néphrite mixte de nature blennorrhagique, par le docteur Rendu (*Gaz. des hôp.*, 27 août 1889). — M. Rendu expose dans toutes ses particularités l'histoire d'un malade, âgé de 38 ans,

entré dernièrement dans son service de l'hôpital Necker, et dont les urines sont albumineuses depuis un an (un gramme et demi d'albumine par litre environ) et plus abondantes qu'à l'état normal (de 2 litres et demi à 4 litres par vingt-quatre heures). Les seuls troubles fonctionnels observés sont de l'asthénie générale et de l'anémie. Après avoir étudié les antécédents et les divers symptômes présentés par ce malade, M. Rendu arrive à conclure qu'il est atteint de néphrite ni franchement interstitielle, ni parenchymateuse ou épithéliale, mais mixte, et que l'origine de cette néphrite est une blennorrhagie soignée pendant plusieurs mois consécutifs par une médication balsamique à dose élevée (copahu, cubèbe et santal). Cette dernière, tout en ayant été fort nuisible, ne semble pas avoir joué le rôle principal, d'après l'auteur, qui paraît plutôt disposé à admettre une infection du rein par les gonocoques, ces micro-organismes ayant remonté de l'urèthre par la vessie et l'uretère.

11° De la néphrorraphie, par le docteur A. Heydenreich, professeur à la Faculté de Nancy (*Semaine médicale*, 10 juillet 1889). — L'auteur de ce travail d'ensemble passe en revue et décrit, en les appréciant, les différents procédés de néphrorraphie qui, depuis deux ans, ont été exposés ou résumés dans les *Annales* (Duret, Vaneufville, Guyon, Tuffier, thèse récente de Le Cuziat, etc.). Mais, parmi ces procédés, M. Heydenreich ne se prononce pas pour l'un ou pour l'autre et termine en disant que « l'expérience seule permettra de faire un choix définitif entre eux ».

Dr Robert Jamin.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

I° Académie des sciences.

Cathétérisme des uretères, par le docteur P. Poirier (*Séance du 2 septembre* 1889). — La condition essentielle du succès dans les opérations que la chirurgie moderne entreprend et réussit

sur le rein, dit M. Poirier, est que le rein opposé soit réellement sain. Il est donc de toute nécessité, avant de procéder à l'ablation d'un rein malade, de s'assurer et de l'état et du fonctionnement de l'autre rein. Malheureusement, cette recherche est des plus difficiles, les renseignements fournis par l'exploration et les signes physiques restant toujours insuffisants; aussi, de toute nécessité, il y faut joindre l'examen de la fonction par l'analyse du liquide sécrété.

Un seul moyen se présente: recueillir et analyser séparément les produits de sécrétion de chaque rein. Or, le cathétérisme de l'uretère peut être fait par chacun et avec la plus grande facilité si l'on vient à éclairer la vessie à l'aide d'un cystoscope. M. Poirier a réussi d'abord sur le cadavre avec l'instrument de Nitze, puis avec celui de Boisseau du Rocher qui éclaire un champ plus vaste; il est toujours parvenu, en quelques minutes, aussi bien chez l'homme que chez la femme à introduire facilement dans la vessie des sondes qu'il a fait construire dans ce but.

Les difficultés que le cystoscope rencontre dans les cas de tumeurs de la vessie n'existent plus lorsqu'on l'applique au cathétérisme des uretères. L'opération est des plus faciles; avec tant soit peu d'habitude, l'opérateur trouve facilement l'embouchure des uretères et, avec une petite sonde conduite par un canal particulier inclus dans le cystoscope, pénètre facilement dans l'uretère.

M. Poirier a pratiqué deux fois, le mois dernier, cette opération sur le vivant. Dans les deux cas, la manœuvre a été des plus faciles et quelques-uns de ses assistants ont répété après lui, avec succès aussi, la même opération.

La chirurgie est donc désormais en possession d'un moyen facile et pratique d'obtenir la dissociation des sécrétions de chaque rein. En outre, l'instrument de M. Poirier, en permettant de dilater la partie terminale de l'uretère, facilite le passage dans la vessie d'un calcul qui se trouverait arrêté dans l'uretère.

II° Académie de médecine.

DIX OPÉRATIONS DE NÉPHRECTOMIE, DE NÉPHRO-LITHOTOMIE ET DE NÉPHRORRAPHIE, par le docteur DOYEN (de Reims) (*Séance du*

13 *août* 1889). — Ces dix interventions pour diverses affections rénales ont été pratiquées par la voie lombaire. Trois opérées de néphrectomie ont succombé; deux étaient atteintes de tuberculose rénale ancienne et le rein opposé avait subi la dégénérescence amyloïde. La troisième était en proie depuis six mois à des accès de fièvre hectique. L'opération a présenté chaque fois des difficultés tout à fait extraordinaires en raison du volume du rein purulent, de la solidité et de l'étendue des adhérences.

L'isolement du rein fut relativement facile chez les autres opérées, qui guérirent sans complication. Les deux opérations de néphrorraphie nécessitèrent une simple incision verticale. Le rein fut fixé au muscle carré lombaire par quatre fils superposés pénétrant jusque dans la région des pyramides. Les résultats furent des plus satisfaisants.

M. Doyen conclut de ce qui précède que la néphrorraphie est une excellente opération. Dans le cas de lithiase rénale, la néphrotomie lui semble indiquée de préférence à la néphrectomie, la moindre parcelle de tissu rénal pouvant devenir précieuse le jour où le second rein se prend à son tour. Quant à l'incision simple, suivie du curettage des foyers caséeux, elle doit être préférée à la néphrectomie dans le cas de rein tuberculeux énorme et très adhérent.

III° Association française pour l'avancement des sciences.

(*Session de Paris.*)

Dilatation rapide de l'urèthre chez les petites filles pour l'extraction des corps étrangers intra-vésicaux, par le docteur Duplouy (de Rochefort) (*Séance du* 10 *août* 1889). — Pour la dilatation, non pas brusque, mais rapide de l'urèthre, M. Duplouy ne se sert pas d'un instrument métallique; il emploie un simple ouvre-gants, dont il use d'ailleurs fréquemment en chirurgie herniaire pour faire craquer les anneaux. Grâce à cette précaution, dit-il, les fibres musculaires du canal sont seulement distendues, et non rompues, de telle sorte qu'on n'a pas à craindre l'incontinence d'urine ultérieure. La seule difficulté qu'on rencontre siège au niveau du méat, mais, en

procédant avec douceur, il est bien rare qu'on n'arrive pas à la vaincre assez promptement.

Cette méthode donne une grande facilité pour explorer la vessie, pour s'assurer du volume et de la position des corps étrangers; elle permet de les saisir avec précision et de les fragmenter s'il est nécessaire; elle restreint, au point de les faire disparaître, les indications de la taille soit vaginale, soit hypogastrique.

La dilatation uréthrale telle qu'il la pratique a permis dernièrement à M. Duplouy d'extraire facilement une tige de bouleau, longue de 8 centimètres, couchée transversalement sur le bas-fond vésical où elle s'était incrustée d'un manchon phosphatique très volumineux. Toutes les tentatives faites précédemment avec les instruments préhenseurs les plus variés pour extraire ce corps étranger avaient totalement échoué.

M. Reliquet (de Paris) a souvent pratiqué cette dilatation rapide et toujours de façon à éviter l'incontinence consécutive. Pour cela, il dilate toujours sous le chloroforme et très lentement en massant en quelque sorte avec le doigt l'urèthre entr'ouvert à l'aide d'un dilatateur à trois branches. Il peut obtenir ainsi un calibre de 2 à 3 centimètres de diamètre et, par une voie si largement béante, il est facile d'introduire tous les instruments nécessaires pour broyer et pour extraire. C'est ce que M. Reliquet a fait récemment pour enlever une pierre énorme et très dure, dont il présente les débris : il estime qu'on peut, grâce à cette dilatation, dans presque tous les cas, éviter la taille chez la femme. Quant au méat, ce n'est pas un obstacle bien sérieux : s'il est un peu résistant, il est facile de faire à son pourtour deux ou trois petits débridements superficiels.

M. Duménil (de Rouen) a dû, il y a quelques années, faire une opération grave pour enlever un corps étranger introduit dans la vessie : c'était un crochet à broder, dont la présence ignorée pendant longtemps, malgré les recherches intra-vésicales, ne fut révélée que par l'apparition d'une cystite. Toutes les tentatives d'extraction échouèrent ; le crochet était blotti et comme enchatonné dans un repli de la vessie et ne pouvait être mobilisé. Le chirurgien dut se creuser un chemin jusqu'à lui à l'aide de caustiques. Si, dès le début, on avait dilaté l'urèthre, on aurait facilement avec le doigt exploré la cavité vésicale et

constaté la présence d'un corps étranger qu'on aurait pu en même temps extraire promptement et sans danger.

M. Vercuère (de Paris) demande à M. Duménil pourquoi, dans ce cas, il a préféré l'emploi des caustiques à la taille soit hypogastrique, soit vaginale ?

M. Duménil répond qu'à l'époque dont il parle on ne songeait pas à la taille sus-pubienne telle qu'elle se pratique aujourd'hui. Quant à la taille vaginale, elle n'eût pas permis d'atteindre le corps étranger beaucoup trop haut placé pour être accessible par le vagin.

M. Reliquet a souvent observé, dans les cas de corps étranger surtout, qu'immédiatement après l'incision la vessie se contracte avec une énergie inouïe : on dit alors qu'il y a enchatonnement. Mais l'enchatonnement primitif avant la taille est absolument rare. Cette rétraction violente qui se produit ainsi après l'ouverture de la vessie est plus marquée dans le cas de corps étranger que dans celui de calcul. Aussi, de ce fait, la taille se trouverait-elle en quelque sorte contre-indiquée, à moins qu'on ne puisse faire autrement que d'y recourir, lorsqu'il s'agit d'objets introduits dans la cavité vésicale.

IVe Société anatomique de Paris.

1° Tuberculose urétéro-rénale ; imperméabilité de l'uretère ; hypertrophie compensatrice de l'autre rein, par M. Bonneau (*Séance du* 10 *mai* 1889). — Homme de 35 ans, ayant eu autrefois des hématuries, mais présentant actuellement des urines normales, sans pus ni albumine. État général assez bon ; respiration un peu rude au sommet du poumon gauche. Il entre à l'hôpital pour une arthrite fongueuse tarso-métatarsienne avec fistules. On fait l'amputation de Chopart, et, aussitôt après, l'opéré est pris de vomissements mis d'abord sur le compte du chloroforme, mais qui ne cessent pas pendant trois jours. Au bout de ce temps, le malade meurt au milieu de phénomènes comateux brusques, sans avoir présenté aucune élévation de température. Les urines, dont la quantité ne semblait pas avoir notablement diminué, avaient laissé déposer, à la fin, du mucus strié de sang.

A l'autopsie, quelques tubercules crus seulement au sommet du poumon gauche. Vessie à parois épaissies et à muqueuse re-

couverte d'un dépôt pseudo-membraneux. — Rein droit oblitéré et légèrement diminué de volume : substance corticale réduite à une mince coque ; substance médullaire disparue et remplacée par un mastic caséeux dans lequel on trouve de nombreux bacilles tuberculeux. — Uretère droit un peu augmenté de volume et complètement imperméable, ce qui explique que les urines aient pu rester normales ; il est absolument oblitéré par un amas de matière caséeuse, dont le bassinet est également rempli. — Rein gauche sain, mais ayant subi une hypertrophie compensatrice considérable.

M. VERCHÈRE insiste sur l'intérêt que présente ce fait clinique, et notamment sur la mort rapide du malade à la suite de l'intervention. En raison de l'absence de complications opératoires, on eût pu croire à une mort par choc, si l'autopsie n'avait pas montré cette lésion profonde du rein gauche et cette oblitération totale de l'uretère correspondant qui empêchait d'ailleurs l'arrivée dans la vessie de l'urine albumineuse ou bacillaire.

2° URETÉRO-PYÉLITE ANCIENNE, par M. PILLIET, interne des hôpitaux (*Même séance*). — Un vieillard de 74 ans entre à l'hôpital avec des symptômes urémiques assez nettement marqués : les urines sont pâles, louches et rares (300 grammes en vingt-quatre heures) ; on y détermine un précipité abondant d'albumine par les réactifs usuels, mais on n'y découvre pas de cylindres. Les jours suivants, l'état s'aggrave, la température ne dépassant pas 37°, 2 ; la quantité d'urine diminue encore malgré les diurétiques et parfois le malade reste une journée sans uriner. Enfin, outre l'œdème très accentué des membres inférieurs, apparaît une thrombose de la jambe gauche et des traînées lymphatiques avec phlyctènes en diverses régions du corps, et le malade succombe dans le délire et avec une dyspnée considérable.

Outre des lésions cardiaques, pulmonaires et hépatiques, on trouve à l'autopsie :

a. — A gauche : rein réduit à une poche, grosse comme un œuf, non tendue et à demi remplie d'urine ; elle est constituée par les bassinets dilatés dont on retrouve la trace sur sa face interne et elle se continue en entonnoir avec l'uretère dilaté — Uretère présentant, lorsqu'il est incisé, trois dilatations ampullaires pouvant admettre le pouce et surmontant autant de ré-

trécissements peu serrés; sa surface est parsemée de petites taches ecchymotiques saillantes. Des coupes pratiquées au niveau de cet uretère ne montrent qu'un feutrage de fibres lisses abondantes et de tissu fibreux sans accumulation embryonnaire. Il en est de même des coupes au niveau du bassinet dilaté, où toute trace de parenchyme rénal a disparu.

b. — A droite : uretère dilaté au dehors de la vessie, presque autant que le gauche, et cette dilatation s'étend jusqu'au rein : le trajet des deux uretères dans l'épaisseur de la paroi vésicale n'est aucunement rétréci. — Rein, volumineux, à bassinet très élargi : il présente à l'œil et au microscope tous les caractères du petit rein sénile atrophique sur un organe rendu beaucoup plus gros que normalement par le travail de compensation qu'il avait à effectuer.

c. — Vessie moyennement dilatée et d'apparence saine. — Urèthre atteint de rétrécissement ancien avec bride cicatricielle dans la région bulbaire, ce qui explique toutes les lésions constatées.

En somme, ce malade, à une époque indéterminée, avait fait une double pyélite ascendante à la suite d'un rétrécissement blennorrhagique de l'urèthre. L'un des reins a été complètement détruit par la pyélite consécutive et transformé en une simple coque; l'autre, quoique touché aussi, a subi une hypertrophie compensatrice et la vie a été possible, jusqu'au moment où ce vieillard a été atteint de néphrite.

3° ANOMALIE DES REINS, par le docteur P. POIRIER (14 *juin* 1889). — Ces pièces ont été recueillies sur le cadavre d'une vieille femme à l'École pratique,

a. — *Rein droit*, couché sur la moitié postérieure de la fosse iliaque; son volume est normal. Par le hile qui regarde directement en avant, on voit sortir le bassinet et une veine longue de 7 centimètres qui remonte pour se jeter dans la veine cave au niveau de la 3° vertèbre lombaire. Aucun vaisseau artériel ne passe par ce hile. Six artères, se détachant des troncs voisins, vont pénétrer le parenchyme rénal en différents points de sa périphérie. De toutes ces artères, une seule est accompagnée d'une veine : elles naissent de l'aorte et de l'iliaque primitive droite.

b. — *Rein gauche*, beaucoup plus abaissé que le précédent, situé dans l'excavation pelvienne à peu près sur la ligne médiane : il n'empiète guère que de 2 centimètres sur le corps de la 5ᵉ vertèbre lombaire. Il a, comme l'autre rein, une forme légèrement lobulée ; son hile tourné en avant livre passage au bassinet et à une veine volumineuse. Ce rein reçoit 4 artères, provenant de différents points de l'aorte, de l'iliaque primitive gauche et d'un tronc commun à l'ischiatique et à la honteuse interne.

c. — *Uretères* normaux à leur embouchure vésicale : le droit mesure 24 centimètres, le gauche 19 seulement.

Aucune autre anomalie génito-urinaire.

4° ANGIOME DU MÉAT CHEZ LA FEMME, par le docteur P. PETIT (*Séance du 12 juillet* 1889). — Il s'agit d'une tumeur ayant la forme et le volume d'une petite noix, de coloration rouge vineux, bosselée, de consistance ferme et égale, circonscrivant le méat urinaire d'une femme de 59 ans. Cette tumeur présente deux lèvres séparées par une fente transversale et sinueuse, la lèvre inférieure étant plus longue et plus épaisse que la supérieure ; elle est fixée par un pédicule mince immédiatement au dessus du tubercule antérieur du vagin. Une sonde introduite par la fente sus-indiquée montre que ce pédicule est creux et en continuité directe avec l'urèthre, lequel est parfaitement libre d'ailleurs jusqu'au col. Au pourtour de ce pédicule, aucun stylet ne peut s'engager, ce qui exclut l'idée d'un prolapsus simple. Les symptômes (perte de sang, douleurs vives pour marcher et uriner), ayant débuté assez brusquement, font renoncer également à l'hypothèse d'une hypertrophie simple du méat, assez fréquente chez les vieilles femmes. L'ablation fut faite d'un coup de ciseaux : hémorrhagie insignifiante arrêtée par le thermo-cautère ; sonde à demeure pendant trois jours : guérison parfaite.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait ici d'un angiome, à la fois simple et caverneux, qui s'était développé sans doute sourdement à l'extrémité inférieure de l'urèthre. A la suite de grandes fatigues, d'efforts répétés, la tumeur s'était ectopiée, entraînant avec elle la muqueuse sus-jacente dont elle s'était fait un pédicule.

5° Abcès du testicule ; vaginalite suppurée consécutive ; castration, par M. Vignerot, interne des hôpitaux (19 *juillet* 1889). — Homme de 73 ans, sans antécédents syphilitiques ni tuberculeux, n'ayant jamais subi de traumatisme au niveau du scrotum ; plusieurs blennorrhagies sans orchite, rétrécissement uréthral traité il y a 7 ans pendant plusieurs semaines par la dilatation progressive. — Il y a trois semaines, le testicule droit, qui depuis quelques mois était un peu augmenté de volume, devint subitement, pendant une promenade, extrêmement douloureux ; les jours suivants, les douleurs lancinantes augmentent, le scrotum se tuméfie, la peau rougit. La tunique vaginale droite est manifestement remplie d'un liquide, qui est très probablement du pus. On l'incise largement ; ses parois sont très épaissies. Un flot de pus s'écoule, provenant du testicule lui-même qui laisse échapper des tubes séminifères. Ce testicule est d'abord incisé, puis enlevé, lorsqu'on a constaté que son centre est transformé en un vaste foyer purulent. Grattage de la vaginale et lavages antiseptiques ; drainage, pansement iodoformé ; guérison.

Le testicule enlevé est augmenté de volume ; son centre est occupé par un abcès de la grosseur d'une noix, qui communique par une petite ouverture avec la tunique vaginale où le pus s'est déversé et qui est nettement limité par un petit bourrelet rougeâtre. Autour de cet abcès l'épididyme atrophié et déformé n'est guère reconnaissable qu'au niveau de la tête. La vaginale, recouvrant le testicule enlevé, est épaissie et vascularisée. — Le testicule gauche, auquel on n'a pas touché, semble normal ; pas d'épanchement dans la tunique vaginale de ce côté. — Le microscope a montré une prolifération excessive du tissu cellulaire interstitiel qui a presque complètement remplacé les tubes séminifères, l'épididyme et les canaux spermatiques, transformés en cordons fibreux.

V° Société des sciences médicales de Lyon.

1° Taille hypogastrique pour calculs vésicaux, par le professeur Poncet (*Séance de juin* 1889). — Ces calculs, au nombre de trois, sont présentés par M. Michon : ils pèsent ensemble 65 grammes et présentent une couleur jaune fauve uniforme.

Au centre se voit un noyau un peu plus foncé qui semblerait faire croire à l'origine rénale de l'affection calculeuse du malade, bien qu'il n'ait jamais eu de colique néphrétique. Ces calculs sont formés presque exclusivement d'acide urique : la réaction de la mucoïde est des plus caractéristiques.

Le malade, âgé de 65 ans, avait eu ses premiers symptômes de pierre vésicale il y a trois ans (hématuries, souffrances en allant en voiture, etc.). A l'exploration de la vessie, la sonde métallique donne un cliquetis caractéristique. L'opération n'a présenté aucune particularité à noter, si ce n'est, d'une part, l'énorme épaisseur des parois abdominales due à un couche de graisse considérable et, d'autre part, le déplacement du réservoir vésical qui semblait attiré vers le périnée et dépassait à peine le rebord des pubis. Les trois calculs n'étaient pas enchatonnés et ont été enlevés à l'aide d'un simple pince.

M. Poncet dit qu'ayant reconnu par l'exploration avec la sonde métallique la présence de plusieurs calculs durs, il a préféré, comme il le fait toujours en pareil cas, à la lithotritie la taille sus-pubienne, qui délivre sûrement le malade en une seule séance, permet au chirurgien de s'assurer avec le doigt qu'aucun gravier ne reste dans la vessie, et est en somme une opération bénigne. L'embonpoint très accusé du malade n'a été pour M. Poncet ni une contre-indication, ni même une difficulté à pratiquer la taille hypogastrique.

2° TESTICULE TUBERCULEUX CHEZ UN ENFANT, par le professeur PONCET. — M. Michon présente une seconde pièce anatomique : c'est un testicule tuberculeux enlevé à un enfant de 8 ans, qui n'avait aucune autre trace de tuberculose et ne présentait pas d'antécédents héréditaires. Dans le principe on crut à un sarcocèle cancéreux; mais bientôt il se développa à la partie inférieure de la glande un abcès qui fut ouvert au bistouri; après quoi, l'on pratiqua la castration, aucun doute n'existant plus relativement à la nature tuberculeuse de l'affection.

Ce testicule n'est pas ramolli, mais il a une apparence colloïde ; quant à l'épididyme, il est complètement caséeux et il n'eût certainement pas laissé passer le sperme. La fonction sécrétoire étant supprimée, l'intervention opératoire se trouve pleinement justifiée et la castration devait être préférée à l'évidement

simple du foyer caséeux. Les faits de ce genre sont rares avant la puberté : Giraldès en cite quelques-uns chez des enfants de 6 à 14 ans, Lloyd un chez un enfant de 3 ans, Prestat un autre chez un enfant de 9 mois ; enfin Giraldès a trouvé un testicule tuberculeux chez un fœtus à terme.

VI° Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux.

1° HYPERTROPHIE PROSTATIQUE, DOUBLE FAUSSE ROUTE URÉTHRALE, par MM. CHABRELY et SABRAZÈS (*Séance du* 18 *mars* 1889). — Un vieil urinaire de 84 ans, prostatique et albuminurique, se sondait lui-même depuis dix ans de la façon la plus brutale. Un de ses cathétérismes provoque une uréthrorrhagie violente suivie de rétention d'urine et, trois jours après, le malade succombe.

L'autopsie montra une double déchirure de l'urèthre, l'une à la partie moyenne de la portion spongieuse, l'autre au niveau du cul-de-sac du bulbe ; ces lésions siégeaient, par extraordinaire, à la paroi supérieure du canal. Aucune trace de rétrécissement uréthral. La portion prostatique était allongée et divisée en Y par une prostate très volumineuse, dont les lobes latéraux s'enfonçaient en coin dans la vessie et en soulevaient le bas-fond. Il y avait nombre de fibromes prostatiques, pédiculés et très nets. Le rein droit, réduit à une coque, était atteint d'hydronéphrose, et le gauche, augmenté de volume, contenait une quantité considérable de pus. La vessie, très hypertrophiée, offrait un commencement de colonnes et la muqueuse en était noirâtre et parsemée d'un piqueté ecchymotique. Enfin, l'un des testicules, autrefois atteint d'hydrocèle et traité par l'injection iodée, présentait une adhérence complète des deux feuillets de la vaginale, et l'autre testicule, porteur d'une autre hydrocèle non traitée, n'offrait rien qui pût expliquer cet épanchement, ni plaque indurée, ni kyste, ni tumeur, à peine un peu de laxité de l'épididyme.

2° TUBERCULOSE RÉNALE, VÉSICALE ET PÉRITONÉALE ; MORT PAR ANURIE, par M. BAUDET (*Séance du* 15 *avril* 1889). — Il s'agit d'un jeune garçon de 15 ans, atteint depuis un an d'orchite tuberculeuse. A son entrée à l'hôpital, ventre douloureux au

palper, diarrhée, mictions fréquentes, douloureuses et souvent accompagnées d'hématuries. Bientôt, l'urine diminua de quantité et il y eut anurie; le cathétérisme très pénible ramena seulement un liquide séro-purulent de l'urèthre. La mort ne tarda pas à survenir au milieu de convulsions épileptiformes et du coma.

A l'autopsie, outre des lésions tuberculeuses pleuro-pulmonaires, intestinales et péritonéales, on trouvait des tubercules dans le testicule et des ulcérations de même nature sur la muqueuse vésicale, au pourtour du col notamment. Un rein était nettement kystique, et l'autre plus volumineux présentait quelques granulations dans la région corticale. Sur des coupes de la paroi vésicale, on ne trouvait pas trace de tubercules dans l'épaisseur même de cette paroi.

VII° Association médicale britannique.

(57° *session tenue à Leeds du* 13 *au* 16 *août* 1889.)

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE CERTAINES AFFECTIONS DES REINS. par le docteur MORRIS (de Londres). — Voici les conclusions auxquelles est arrivé ce chirurgien après avoir pratiqué un assez grand nombre d'opérations de divers genres sur le rein.

La position variable des calculs enclavés dans le rein nécessite certaines précautions pendant l'opération.

La tuberculose du rein et les foyers nombreux de suppuration dus à n'importe quelle cause peuvent donner à l'opérateur la même impression tactile que des calculs rénaux.

La valeur de la néphrectomie dans les cas avancés de tuberculose des reins est au moins douteuse.

L'incision lombaire doit être préférée dans l'hydronéphrose avancée, et dans les cas où une abondante accumulation de liquide s'est produite sous le péritoine à la suite d'une lacération du rein.

La néphrectomie donne d'excellents résultats dans certains cas de rein flottant.

Dr R. JAMIN.

REVUE D'UROLOGIE

I. La saccharine contre l'état ammoniacal de l'urine, par M. J. Little. — L'auteur recommande la saccharine pour empêcher l'altération ammoniacale de l'urine. Il l'a employée avec succès, chez une dame octogénaire presque toujours alitée, en raison d'une cystite chronique qui occasionnait de fréquentes et douloureuses émissions d'urine. L'urine présentait toujours un sédiment purulent abondant, et lorsque le traitement faisait défaut, elle devenait immédiatement ammoniacale. En outre, la malade émettait des graviers phosphatiques et il devait certainement en exister dans la vessie. L'usage de la quinine et de l'acide borique, même à petites doses, suffisait pour éclaircir l'urine, mais ces médicaments n'étaient plus tolérés par l'estomac. L'urèthre était devenu tellement douloureux qu'il ne pouvait plus permettre le cathétérisme pour pratiquer des irrigations vésicales avec des solutions tièdes de sublimé. L'urine était devenue très fétide. L'auteur employa donc la saccharine à la dose de six pastilles par jour. Après trois ou quatre jours, les urines avaient perdu leur fétidité et la purulence était diminuée. Les mêmes résultats ont été obtenus dans quatre cas analogues chez des hommes.

De ses expériences, l'auteur conclut que la saccharine n'exerce pas une action directe sur la cystite, mais qu'elle la modifie avantageusement quand elle provient de l'état ammoniacal de l'urine (*Dublin Journal of med. science* et *Gazzetta medica Italiana-Lombardia*, 24 nov. 1888, 470).

II. Eau oxygénée contre la blennorrhagie, par M. Donald Macrae.

Eau oxygénée (à 10 p. 100).	30 grammes.
Eau distillée.	30 —
Bichlorure de mercure.	0gr,015

Trois injections par jour en pratiquant une pression sur tous les points de l'urèthre, pendant l'injection, pour assurer la pénétration du liquide dans les cryptes muqueuses. Le traitement dure de deux à trois jours. En outre, l'auteur fait prendre à l'intérieur la teinture de perchlorure de fer comme tonique (*Deutsche medizinal Zeitung*, X, 1889, 328).

III. L'ANTIPYRINE DANS L'HÉMICRANIE ET DANS LA DIATHÈSE URIQUE, par M. HAIG. — D'après l'auteur, l'antipyrine produit un grand soulagement, par l'augmentation de l'acidité qu'elle provoque. En effet, l'acidité de l'urine augmente remarquablement et très rapidement. Ce phénomène se manifeste, après l'ingestion de 2 grammes, dès la première heure, et se continue en augmentant, pendant quatre, cinq et six heures. Une dose de 4 grammes, prise en trois fois, détermine l'acidité pendant les vingt-quatre heures et fait diminuer dans le même temps l'excrétion de l'acide urique.

Ce dernier fait est à prendre en considération, pour ne pas conseiller l'usage de l'antipyrine pendant les accès de goutte, ce qui conduirait à un but opposé à celui que l'on se propose. En outre, dans l'hémicranie, il faudra tenir compte de cette donnée, lorsque l'antipyrine sera inefficace dans tous les cas où l'hémicranie dépend de la diathèse urique, et *vice versa*, lorsque l'antipyrine donnera des résultats négatifs, on devra admettre que l'hémicranie procède d'une origine urique (*la Terapia moderna*, III, Marzo 1889, 1875).

IV. ÉLIMINATION DE L'ACIDE SALICYLIQUE SUIVANT LES DIVERS ÉTATS DES REINS, par Mlle CHOPIN. — Mlle Chopin a soutenu, devant la Faculté de médecine de Paris, une thèse dans laquelle elle mentionne les travaux auxquels elle s'est livrée dans le but d'étudier :

1° L'élimination de l'acide salicylique suivant les divers états des reins; 2° sa transformation dans l'économie; 3° son action sur les principaux éléments de l'urine.

L'acide salicylique absorbé, quel que soit le mode d'administration de ce médicament (ingestion stomacale, injection hypodermique, lavement), passe presque tout entier dans les urines; la quantité éliminée par la voie rénale est d'environ 80 p. 100.

On ne le retrouve qu'en quantités insignifiantes dans le lait, la salive, le suc pancréatique et le liquide céphalo-rachidien.

Chez les sujets sains, l'acide salicylique ne modifie pas la couleur de l'urine ; il augmente la quantité d'urine sécrétée dans les vingt-quatre heures ; il augmente également la quantité de l'urée, de l'acide urique et de l'acide phosphorique éliminés dans les vingt-quatre heures.

Une grande partie de l'acide salicylique est éliminée en nature ; le reste subit diverses modifications, dont la principale est sa transformation en acide salicylurique, qui diffère de l'acide salicylique en ce qu'il contient une plus grande proportion d'azote, et qu'il est moins volatil. Une partie de l'acide salicylique se transforme en salicine qui est éliminée en nature par le rein.

Chez l'adulte sain, l'acide salicylique apparaît dans l'urine quinze minutes après son ingestion, et la durée de l'élimination totale est de trente-huit heures.

Chez l'enfant, dont l'activité rénale est plus grande, l'acide salicylique apparaît dans l'urine au bout de neuf minutes, et la durée de l'élimination n'est que de dix-neuf heures.

Chez le vieillard, même quand il est exempt de lésions rénales, l'élimination est plus lente ; aussi l'acide salicylique peut-il déterminer chez eux des accidents.

Chez les polyuriques simples, l'acide salicylique s'élimine dans des conditions normales.

Il n'en est pas de même chez les malades atteints de néphrite chronique ; l'élimination ne commence qu'après vingt-cinq ou trente minutes, et elle dure de quarante-huit à soixante heures ; la quantité d'albumine est augmentée et l'économie retient une plus grande partie du médicament ; on ne retrouve plus dans l'urine que 50 à 60 pour 100 de l'acide ingéré. Aussi observe-t-on facilement chez ces malades les signes habituels de l'intolérance pour l'acide salicylique (vomissements, bourdonnements d'oreilles, etc.). De plus, l'acide salicylurique formé est plus abondant que chez les individus dont les reins sont sains. Cette augmentation de la quantité d'acide salicylurique est due à la lenteur de l'élimination du médicament, lenteur qui permet à l'acide salicylique de rester plus longtemps en contact avec les tissus et de fixer une plus grande proportion d'azote.

Dans les néphrites aiguës, la quantité d'urine est nettement diminuée ; la quantité d'albumine et la durée de l'élimination sont augmentées dans des proportions plus considérables encore que dans les néphrites chroniques.

Ces résultats présentent un grand intérêt au point de vue de l'hygiène ; ils confirment l'opinion de la plupart des médecins, qui considèrent l'addition de l'acide salicylique dans les substances alimentaires comme une pratique capable de produire de graves accidents chez les vieillards, et chez les personnes dont les reins fonctionnent mal (Brochure in-8°, 70 p. Paris, 1889, O. Doin).

V. Sur le rapport entre l'action du suc pancréatique sur les substances albuminoïdes et la quantité d'indican dans l'urine, par M. G. Pisenti. — La ligature du canal pancréatique, chez les chiens, fait diminuer la quantité d'indican dans l'urine. Ce fait confirme la relation connue entre la formation de l'indol et les processus de putréfaction. L'ingestion de peptone pancréatique, chez les animaux ainsi opérés, fait augmenter l'indican dans l'urine. Le dosage de l'indican a été effectué par la méthode colorimétrique. (*Archivio per le Scienze mediche*, XII, p. 87 et *Annali di chimica e di farmacologia*, Giugno 1888, 368).

M. Boymond.

Le Rédacteur en Chef, Gérant : Dr DELEFOSSE.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 21882.

ANNALES DES MALADIES

DES

ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Novembre 1889.

MÉMOIRES ORIGINAUX

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE, 1889

Résultats éloignés de quatre opérations pratiquées pour tuberculose vésicale,

par M. le professeur F. Guyon.

Lors de sa dernière session, j'ai eu l'honneur de communiquer au Congrès français de chirurgie deux opérations pratiquées en vue d'obtenir la cure radicale de la tuberculose de la vessie; je viens aujourd'hui répondre à l'une des questions mises à l'ordre du jour en fournissant quelques détails sur ces deux faits et en disant ce que sont devenus deux autres opérés.

Le premier, le nommé T..., âgé de 24 ans lorsqu'il fut opéré, a été revu et examiné le 26 août dernier. Il n'urine que toutes les deux ou trois heures le jour, ne se lève que deux fois la nuit, ne souffre nullement et rend des urines

parfaitement claires. Il reste donc guéri et sa guérison date de plus de quatre années, puisqu'il a été soumis à la taille hypogastrique le 8 juillet 1885. A ce moment, il était malade depuis deux ans. Depuis l'opération il s'est marié, a eu un enfant actuellement âgé de 3 ans, et exerce d'une façon régulière son métier de peintre en éventails. Il n'a pu malheureusement se déshabituer complètement de la morphine dont il avait contracté l'habitude avant d'être opéré et, malgré les bonnes conditions offertes par son appareil uro-génital, son état général est assez précaire.

Le second est mort ; son autopsie a été complètement faite et je vais en donner les principaux résultats. Je dois auparavant rappeler en quelques mots son histoire. Cet homme, dont les urines contenaient un nombre prodigieux de bacilles, avait l'appareil génital dans un état absolument normal ; il souffrait de la vessie depuis septembre 1886, c'est-à-dire depuis huit mois, quand je l'opérai par l'hypogastre le 30 avril 1887. Au moment où je communiquai son observation au Congrès, la santé générale restait satisfaisante, les bacilles qu'on avait encore retrouvés dans les urines le cinquième jour après l'opération avaient complètement disparu le douzième et n'ont jamais reparu depuis ; mais le malade était obligé de garder presque constamment le lit, avait des envies très fréquentes d'uriner bien que la vessie fût restée fistuleuse et rendait une grande quantité de pus. Cette situation a persisté jusqu'à la mort qui a eu lieu le 22 juillet dernier. La santé ne s'était altérée que depuis le commencement de l'année, et le malade avait malheureusement présenté tous les signes de la cachexie urinaire. La fistule n'avait pu être fermée malgré deux tentatives opératoires et plusieurs cautérisations.

Cliniquement, ce malade avait donc succombé comme tous les urinaires dont les reins sont altérés, sans présenter de manifestations tuberculeuses nouvelles. C'est ce que démontra l'autopsie. Les deux reins étaient profondément altérés. Le gauche, transformé en une vaste poche purulente

à loges séparées par des cloisons incomplètes, avec une paroi de quelques millimètres d'épaisseur où ne se reconnaissait plus la substance rénale, était entièrement supprimé. Il ne communiquait même plus avec l'uretère qui, complètement oblitéré, se terminait en cul-de-sac au niveau du hile. Le rein droit présentait toutes les lésions de la pyélo-néphrite suppurée. La région médullaire était creusée de cavités remplies de pus et de graviers phosphatiques blancs et friables. Les calices et les bassinets étaient dilatés et modifiés dans leur aspect comme dans toutes les pyélites; mais nulle part on ne trouva de noyaux caséeux ni de granulations tuberculeuses, et la surface interne des cavités purulentes ne présentait pas cette irrégularité d'aspect que l'on rencontre toujours dans les cavernes tuberculeuses. Les recherches les plus complètes ne firent trouver de lésions tuberculeuses ni dans les reins ni dans les uretères. Ce ne fut que dans les vésicules séminales que nous retrouvâmes les altérations typiques de la tuberculose tandis que la prostate était restée normale. Ajoutons cependant que l'un des épididymes contenait des noyaux caséeux; mais nulle part ailleurs et dans aucun des viscères semblable lésion ne fut constatée. L'examen de la vessie doit encore nous arrêter. Elle est extrêmement petite, peut contenir seulement quelques centimètres cubes de liquide. Sa cavité communique avec l'intérieur par une étroite fistule qui débouche dans la cicatrice de la taille sus-pubienne : les parois épaisses d'un demi à un centimètre sont doublées d'une couche graisseuse assez développée. On ne découvre à leur surface interne ni granulations ni ulcérations. La muqueuse présente seulement une coloration rouge violacé, ecchymotique par place; çà et là en deux ou trois points quelques élevures très petites, rougeâtres, ressemblant à des papilles. L'examen minutieux de toutes ces lésions n'y a rien décelé qui pût se rapporter à la tuberculose.

Il y avait donc de la cystite mais les lésions graves,

celles qui ont déterminé la mort, sont celles dont les reins étaient le siège. Et quand on se reporte à l'histoire clinique de ce malade, quand on constate la continuation de cette suppuration abondante et incoercible, on est conduit à admettre que, malgré les apparences, les reins suppuraient déjà lors de l'intervention opératoire.

Ils suppuraient sans être tuberculeux ; aussi, lorsque la destruction complète des lésions tuberculeuses de la vessie a été obtenue, les bacilles ont-ils cessé d'être trouvés dans l'urine, alors que le pus y était toujours aussi abondant.

Nous ne voulons pas entrer à propos de ce fait dans la discussion de l'origine de la tuberculose urinaire, mais on nous permettra cependant d'insister sur l'absence démontrée cliniquement et anatomiquement de lésions tuberculeuses des reins et sur les localisations vésiculaires si habituellement constatées en clinique et révélées par l'autopsie.

Au point de vue qui nous occupe, nous ne retiendrons que ce fait : la destruction complète et définitive *in situ* de toute lésion tuberculeuse de la vessie. Il est permis de penser que si les reins avaient été indemnes, le malade eût pu bénéficier de l'intervention. Ce fait est en tout cas démonstratif au point de vue de l'efficacité de la destruction locale. Elle fut faite par le grattage et le fer rouge et porta sur toute la muqueuse. Le résultat opératoire obtenu est d'ailleurs d'accord avec ce que nous enseigne l'anatomie pathologique. L'un de mes élèves, M. Clado, dans une note publiée dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* (janvier 1887), a montré : que la granulation prend origine dans la muqueuse même et particulièrement dans la partie du tissu muqueux qui est en contact avec l'épithélium de la vessie, c'est-à-dire dans les couches les plus superficielles.

Sans doute, sous l'influence du processus ulcératif, les lésions tuberculeuses peuvent pénétrer et même dépasser la couche musculaire. Mais lorsqu'elles sont jeunes, elles n'envahissent même pas toute l'épaisseur de la muqueuse.

et l'on comprend que le chirurgien puisse les détruire. Dans le cas actuel la maladie ne datait que de huit mois.

L'âge de la maladie ne peut cependant toujours servir de critérium au point de vue du degré d'évolution des lésions. Notre troisième malade en fournit la preuve. Les premiers symptômes ne remontaient qu'à 9 mois lorsqu'il fut opéré par l'hypogastre le 17 mars 1888 en présence de plusieurs membres du Congrès. Lorsque je me décidai à agir, le rein droit était manifestement lésé. Il était douloureux, notablement augmenté de volume, et, dès le mois de septembre 1887, nous avions noté l'apparition de la polyurie trouble. Mais la fréquence des mictions était extrême, elle s'élevait jusqu'à cent fois par nuit, l'appareil génital parfaitement indemne; aussi, malgré la constatation de la lésion du rein droit, je me crus autorisé à chercher à modifier par l'intervention une situation intolérable et menaçante. Les résultats opératoires justifièrent ma tentative. Le malade cessa de percevoir le besoin d'uriner, entra dans le calme, n'eut aucun accident, retrouva du sommeil et de l'appétit, reprit visiblement. Fait particulièrement intéressant, il cessa aussi de souffrir du rein. L'évolution morbide n'était cependant pas enrayée, car le 8 mai je constatai que le rein gauche devenait douloureux à son tour et je notai que l'uretère du même côté était sensible à la pression. Cependant la vessie était demeurée peu douloureuse, mais la fistulisation de l'hypogastre avait persisté, bien que le drainage n'eût été prolongé que pendant trois semaines. L'état des reins me détourna de toute tentative destinée à la fermer. Le malade arriva peu à peu à la période cachectique et succomba dans le marasme le 7 février 1889, près d'une année après l'opération.

Je ne saurais dire si elle avait prolongé la vie; elle n'avait à coup sûr pas enrayé la marche des lésions. L'autopsie démontra que les deux reins étaient profondément atteints, que tous deux étaient tuberculeux, mais qu'à gauche les modifications pathologiques étaient beaucoup plus com-

plètes et plus anciennes. Le rein droit en effet était complètement détruit et l'uretère oblitéré, tandis qu'à gauche une bonne partie de la substance corticale existait encore, quoique parsemée de nombreux petits foyers tuberculeux.

Du côté de la vessie, contraste absolu entre la muqueuse et la musculeuse. Dans celle-ci des foyers interstitiels, dont l'un forme une véritable petite caverne pleine d'un magma caséeux dans lequel on constate la présence de bacilles de Koch. Mais tous ces noyaux sont sous-muqueux, et c'est en vain que l'on cherche dans les coupes de la muqueuse la présence d'éléments tuberculeux. Son aspect est d'ailleurs celui d'une muqueuse normale lisse et rosée.

Elle nous était apparue cependant tout autrement pendant l'opération. Nous l'avons vue, et fait voir rouge, tomenteuse, épaisse, sans que cependant nous y ayons aperçu d'éléments tuberculeux manifestes. Elle avait été soumise à un grattage minutieux avec la curette tranchante et à un écouvillonnage très complet avec des tampons de gaze iodoformée montés sur des pinces à forcipressure et à la cautérisation ignée.

Faut-il admettre que dans ce cas il n'y avait pas de lésions tuberculeuses de la muqueuse? Cela serait peu d'accord avec les enseignements de l'anatomie pathologique. Il paraît plus rationnel d'admettre que, de même que dans le cas précédent, les lésions superficielles avaient été complètement détruites pendant l'opération. C'est, il est vrai, tout ce qu'elle permit d'obtenir anatomiquement, et nous avons vu qu'elle n'avait eu aucune influence sur la marche de l'infection tuberculeuse. Nous disons aucune influence, car s'il est incontestable que ni du côté de la vessie ni du côté des reins elle n'en a arrêté ou même suspendu l'évolution, il est acquis par la marche suivie avant l'opération que l'extension des lésions aux reins était déjà accomplie. Le résultat opératoire n'a été que fonctionnel, c'est-à-dire palliatif. L'intervention a soulagé sans pouvoir un instant faire espérer la guérison, mais elle a manifestement amé-

lioré l'état physique et moral du malheureux dont nous venons de résumer l'histoire. Elle a, de plus, été absolument inoffensive. A tous ces titres elle nous paraît justifiée et peut servir à démontrer qu'alors même que la cure palliative est seule indiquée, on peut sans hésitation songer à la taille hypogastrique.

J'avais pendant quelque temps pensé que, dans de semblables conditions, la boutonnière périnéale pourrait donner autant de soulagement et devrait être préférée parce qu'elle est plus simple.

Mon ancien interne, M. Hartmann, a publié dans sa thèse inaugurale sur les cystites douloureuses six faits d'intervention par le périnée qui ne me paraissent pas de nature à laisser subsister semblable manière de voir. Mais je ne veux retenir que l'un de ces cas où l'autopsie me permet de parler des résultats éloignés ; ce sont les seuls que j'ai à envisager dans cette note.

Il s'agit d'un homme de 34 ans auquel je fis la dilatation périnéale le 10 décembre 1884 et qui mourut le 25 mars 1885 (1). A l'autopsie, tout l'urèthre postérieur et la vessie présentaient de nombreuses lésions tuberculeuses sous forme d'ulcérations ou de granulations ; je ne parle pas des lésions tuberculeuses de l'appareil génital, ne voulant montrer qu'une chose, d'ailleurs facile à prévoir : l'absence de toute modification anatomique par le fait du drainage de la vessie.

Si l'on met en regard de ce fait les modifications positives obtenues par l'attaque directe des lésions tuberculeuses, on ne saurait mettre en doute que c'est le seul moyen d'obtenir un résultat curatif dans la tuberculose vésicale.

Ici comme ailleurs le résultat anatomique ne fait pas défaut, les éléments tuberculeux peuvent être détruits *in situ*. Les résultats éloignés de la première observation le démontrent puisque la question se maintient. Je ne crois

(1) Hartmann, p. 157.

pas sortir d'une légitime interprétation des faits en ajoutant que la deuxième et la troisième déposent dans le même sens. Dans la seconde, toute lésion tuberculeuse disparut, et ce n'est pas à la tuberculose mais à la propagation si habituelle des lésions de la vessie aux reins que le malade a succombé. Dans la troisième, bien que les foyers tuberculeux multiples aient été rencontrés même dans la vessie, la muqueuse, c'est-à-dire la partie sur laquelle avait porté l'intervention, était entièrement indemne.

Il est donc permis de penser qu'une intervention précoce pourrait donner la guérison. Cela résulte des constatations anatomiques, cela résulte même d'une constatation clinique faite sur un de nos opérés, sur le seul qui ait survécu. Mais ce fait lui-même peut servir à montrer combien il est difficile d'établir la limite qui sépare et distingue l'intervention précoce de l'action plus ou moins tardive. Ce malade qui a guéri, qui reste guéri, était atteint depuis deux ans déjà lorsque l'opération fut pratiquée, ceux qui ont succombé n'étaient malades que depuis huit mois et neuf mois. Chez celui-ci, il est vrai, l'évolution rapide de l'affection permettait de ne plus se fier au peu de temps écoulé depuis le début des symptômes. Mais chez le second, rien ne nous avait permis de soupçonner les reins.

Nous ne pouvons conclure qu'avec réserve. Mais il est permis d'espérer qu'en se renseignant à toutes les sources de la clinique, on pourra rencontrer des cas où la localisation vraie de la tuberculose vésicale et son évolution peu avancée autoriseront à chercher, avec des chances de succès, la cure radicale. La cure palliative, déjà assurée par le traitement général, peut aussi dans certaines circonstances être demandée à une intervention, et la taille hypogastrique nous paraît encore pour ces cas l'opération de choix. Opérables comme le sont tous les autres tuberculeux, les tuberculeux de la vessie sont cependant surtout justiciables des médications.

Néphrectomie. Quatre observations et remarques,

par le docteur Charles Monod,
professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

J'ai eu quatre fois occasion de pratiquer l'ablation du rein dans des circonstances diverses. Sans entrer dans le détail de ces faits, je désire attirer l'attention du Congrès sur certains points de mes observations qui me paraissent dignes d'intérêt.

I. — Mon premier cas date de 1885, il a été rapporté *in extenso* par le docteur Brodeur dans sa thèse inaugurale (1). Les autres sont inédits.

L'opération chez ce premier malade, homme âgé de 30 ans, avait été motivée par l'existence d'une fistule rénale, ayant succédé elle-même à un phlegmon périrénal, dont l'origine exacte, avant l'intervention, était demeurée obscure. L'examen de la pièce montra qu'il avait été provoqué par la rupture d'un kyste superficiel du rein.

Les phénomènes inflammatoires suraigus ayant cédé à une large incision, il resta une ouverture fistuleuse fournissant un liquide dont la provenance n'était pas douteuse, bien que sa composition différât notablement de celle de l'urine normale. L'ablation de l'organe qui donnait lieu à cet écoulement parut être le seul moyen d'y mettre un terme. L'intégrité presque certaine du rein opposé autorisait cette intervention.

La suite des événements montra que ce parti était en effet le meilleur. Le malade guérit de son opération et fut délivré de son infirmité. Je l'ai revu il y a quelques jours, soit plus de quatre ans plus tard ; sa santé est parfaite.

Brodeur (A.), *De l'intervention chirurgicale dans les affections du rein.* Thèse de Paris, 1886. éd. in-8, p. 276.

Je mets sous les yeux du Congrès une planche montrant l'état du rein enlevé; un simple coup d'œil jeté sur cette figure montre bien qu'une intervention plus limitée n'eût conduit à aucun résultat favorable.

Cette courte histoire démontre une fois de plus que l'extirpation totale du rein faite chez un homme jeune encore, et pour une affection que l'on a toute raison de considérer comme unilatérale, est une opération sans gravité, pourvu bien entendu que les précautions antiseptiques de rigueur aient été prises; elle établit de plus que la meilleure santé est compatible avec l'existence chez l'homme d'un seul rein.

II. — Ma seconde opération montre au contraire qu'en dehors de tout accident opératoire la mort peut survenir par suite du non-fonctionnement du rein laissé en place, lorsque ce dernier est lui-même malade.

Mon excellent maître, le docteur Millard, m'adressait au mois de juin 1887 une femme de 38 ans qui présentait comme symptômes dominants des hématuries intermittentes et des mictions fréquentes et douloureuses; l'urine était souvent trouble et contenait parfois un peu de pus. L'examen local de la vessie fut négatif, il n'y avait pas de calcul pouvant expliquer l'existence du pissement sanguin. Par contre, l'exploration de la région lombaire droite permettait de constater une augmentation de volume notable du rein. La malade, d'autre part, racontait qu'elle avait eu douze ans auparavant des crises de douleurs dans le flanc droit, qui avait été qualifiées coliques néphrétiques par les docteurs Dolbeau, Damaschino, Millard, qui l'avaient vue à cette époque. Il était donc permis de supposer que les accidents actuels étaient sous la dépendance de calculs rénaux; à moins que nous n'eussions affaire à un néoplasme du rein, hypothèse qui nous paraissait la moins probable.

Cette manière de voir fut partagée par M. Millard, par mon ami le docteur Terrillon appelé en consultation et par

le docteur Vermeil, médecin habituel de la malade (avril 1888).

La conclusion thérapeutique fut qu'il y avait lieu de pratiquer l'ablation de l'organe, ne fût-ce que pour mettre un terme aux souffrances atroces endurées par la malade. Celle-ci réclamait elle-même une intervention active, les palliatifs employés jusque-là n'ayant amené aucun soulagement. J'ajoute que la localisation des phénomènes physiques appréciables, et des douleurs antérieures, au côté droit, nous permettait de supposer que le rein gauche était indemne.

Il n'en était rien, malheureusement. Voici en effet ce qui se passa. L'opération fut sans incidents et ses suites immédiates en apparence parfaites, l'apyrexie était absolue, l'état général bon ; mais la malade n'urinait pas et n'en avait aucune envie. Le lendemain de l'opération, j'obtenais par le cathétérisme une cuillerée environ d'une urine boueuse. Les jours suivants la sonde ramena à peine quelques gouttes de liquide. Cet état se maintint pendant six jours. Le septième, la malade s'éteignait dans le coma, sans avoir présenté pendant toute cette semaine d'autres phénomènes qu'un abattement progressif.

L'examen de la pièce montra qu'il ne s'agissait ni de calculs ni de néoplasme du rein, comme on l'avait supposé, mais de tubercules encore jeunes. La lésion était probablement, comme d'ordinaire en pareil cas, bilatérale. A défaut d'une vérification anatomique qui ne fut pas possible, on peut, à l'appui de cette hypothèse, invoquer les résultats de l'examen bactériologique des quelques gouttes du liquide qui fut recueilli par la sonde à la suite de l'opération ; on y découvrit en effet sur deux préparations de nombreux bacilles de la tuberculose.

On s'explique facilement de la sorte l'anurie qui emporta la malade.

On aurait tort, au reste, de croire que cette fâcheuse éventualité soit la règle à la suite des néphrectomies pratiquées pour tubercules du rein.

Je trouve dans le relevé fait par Brodeur sur ce point que, sur 16 ablations de reins tuberculeux, ayant donné 8 morts, deux fois seulement celle-ci dut être rapportée à des accidents urémiques. Je puis d'autre part citer l'observation bien connue du professeur Verneuil (1), dans laquelle l'intervention fut, comme dans mon cas, surtout motivée par de vives douleurs éprouvées par la malade, intervention qui fut suivie du plus heureux succès. Il s'agissait cependant, comme l'établit l'examen fait par le professeur Cornil, d'un rein manifestement tuberculeux. D'autres faits parlent dans le même sens ; je ne crois donc pas qu'il suffise du cas malheureux que je viens de rapporter pour renoncer à toute action chirurgicale en pareille circonstance, alors qu'une exploration minutieuse du rein du côté opposé permet de supposer qu'il n'est pas atteint, et que, d'autre part, la violence des douleurs fait que le malade lui-même réclame une intervention active.

Il me sera permis d'ajouter qu'ici encore une simple néphrectomie pratiquée sur un rein où les tubercules étaient petits, disséminés, et ne s'accompagnaient point de collection purulente, n'eût sans doute abouti à aucun résultat, et eût très probablement donné lieu, aussi bien que l'opération radicale, à la complication qui a été la cause de la mort.

III. — Ma troisième observation diffère absolument de la précédente, au moins en ceci que le diagnostic ne fit pas doute un instant et que l'indication opératoire était parfaitement nette. Il s'agissait en effet d'une femme âgée de 44 ans qui, dès l'âge de 12 ans, avait souffert dans la région lombaire droite ; douleurs revenant par crises s'irradiant, jusque derrière le pubis. Quelques années plus tard, l'expulsion de petits calculs ne laissa aucune incertitude sur la nature de ces crises douloureuses évidemment d'origine rénale. A

(1) *Revue de chirurgie*, 1886, p. 122.

l'entrée de la malade à l'hôpital, le palper permettait de constater l'existence d'une tuméfaction dans le flanc droit, manifestement constituée par le rein augmenté de volume. Le diagnostic, je l'ai dit, s'imposait, ainsi que l'opportunité d'une intervention chirurgicale.

L'opération a été pratiquée cette année même, à l'hôpital Saint-Antoine, avec l'aide de mon collègue et ami le docteur Marchand.

Mon désir était de me borner à l'extraction des calculs. Je dus, l'incision faite, et le rein mis à découvert, renoncer à cette partie de mon plan opératoire.

Nous avions en effet sous les yeux un rein énorme distendu par du liquide, et réduit à une mince couche à travers laquelle on sentait des calculs multiples. Il nous parut qu'un tel organe était véritablement perdu pour la fonction; les calculs semblaient d'autre part trop volumineux pour être enlevés sans grands délabrements.

Pièce en mains, nous crûmes pouvoir nous féliciter d'avoir pris le parti de faire une ablation totale. Le rein, en effet, transformé en une vaste poche à parois minces, renfermait un calcul volumineux, ramifié, ayant l'aspect d'un corail à branches multiples; des pierres plus petites étaient disséminées dans la paroi en nombre relativement considérable. Il eût été sans doute impossible d'extraire tous ces corps étrangers; l'opération eût été nécessairement incomplète, et la situation de la malade, amaigrie et épuisée par trente années de souffrances, n'eût certes pas été améliorée.

On pouvait espérer d'ailleurs que le rein opposé était sain, car jamais aucun phénomène morbide ne s'était manifesté du côté gauche. Il était probablement, en raison de la destruction presque complète du rein droit, depuis longtemps seul chargé de la fonction urineuse.

Et en effet l'urine recueillie le lendemain et le surlendemain de l'opération fut sensiblement égale en quantité à celle des jours précédents.

Il n'y avait d'ailleurs ni fièvre ni douleurs. Tout semblait marcher à souhait, lorsque, brusquement, le quatrième jour la température s'élevait, en même temps qu'un état général grave s'établissait. Le lendemain, cinquième jour après l'opération, la malade succombait.

L'autopsie n'a qu'incomplètement révélé la cause de cette mort inattendue. Le pansement fait au moment de l'éclosion des accidents avait laissé voir une plaie en bon état, sans tension, sans rougeur, ne fournissant par les drains aucune goutte de pus. L'examen de la plaie *post mortem* fut tout aussi négatif; elle était en partie réunie, et ne renfermait qu'un peu de sérosité sanguinolente, pas de pus.

Le ventre ouvert, on constate de même l'absence de toute réaction du côté du péritoine. Le rein laissé en place était légèrement augmenté de volume; il ne renfermait pas trace de calculs; mais l'examen microscopique montra qu'il était atteint de néphrite interstitielle surtout au niveau de la portion médullaire. Cette lésion suffit-elle pour expliquer la mort? On est conduit à le supposer en présence de l'intégrité presque complète des autres viscères. Je ne signale en effet que pour mémoire un léger épanchement siégeant dans les deux plèvres, un peu de congestion à la base des poumons et un peu d'œdème cérébral constaté à l'ouverture de la boite cranienne.

IV. — Si dans ce cas la terminaison fatale fut pour moi une grande déception, dans celui dont il me reste à vous entretenir la guérison survenue contre toute attente a été, au contraire, une surprise, — fort agréable, je n'ai pas besoin de le dire.

Il s'agit ici, en effet, d'une néphrectomie pratiquée pour un rein polykystique. Or, d'après le relevé dressé par M. Lejars (1) dans sa récente et remarquable thèse inaugurale sur

(1) Lejars (F.). Du gros rein polykystique de l'adulte. *Thèse de Paris*, 1888.

le rein polykystique, aucun malade opéré dans ces conditions n'a survécu. Mon observation peut donc être considérée comme sans précédents et, à ce titre seul, méritait de vous être présentée.

Ce ne fut pas, du reste, sans de longues hésitations que je m'étais décidé à intervenir, en raison de la multiplicité et de l'étrangeté des accidents qui avaient évolué sous nos yeux.

Je résume rapidement la curieuse histoire de cette malade. Femme de 40 ans, entrée en mars 1887 dans mon service pour une métrite hémorrhagique qui nécessita le curettage de l'utérus. Guérison de la ménorrhagie. Mais la malade reste souffrante; elle se plaint d'une douleur dans le flanc gauche dont elle fait remonter le début à deux ans. La palpation de la région permettait de découvrir profondément une tuméfaction sur la nature et le siège de laquelle on ne pouvait être fixé.

La malade fut maintenue en observation dans mon service pendant plus de deux ans. C'est pendant cette longue période que, par deux fois, elle fut prise d'accès de suffocation d'une intensité telle que l'on dut, deux fois, à un an de distance, lui pratiquer une trachéotomie d'urgence. La dernière de ces opérations a été faite cette année même (avril 1889). L'examen du larynx, fait quelques jours plus tard par mon ami le docteur Ruault, ne révéla l'existence d'aucune lésion laryngienne. Il me paraît difficile cependant d'expliquer, autrement que par un œdème de la glotte passager, l'obstacle absolu à l'inspiration qui nécessita l'ouverture de la trachée. La dyspnée urémique n'atteint pas habituellement ce degré. Quoi qu'il en soit, il paraissait certain que la gêne respiratoire devait être d'origine rénale, car elle s'accompagnait d'une diminution considérable de la quantité d'urine émise, allant presque jusqu'à l'anurie.

Entre temps la tumeur rénale devenait de plus en plus manifeste, les douleurs dont se plaignait la malade faisaient

qu'il ne se passait pas de jour où elle ne réclamât de moi une intervention active.

On comprend si j'hésitais à céder à son désir.

Je crus cependant pouvoir m'y décider, et voici pour quelles raisons agitées de concert avec mon collègue de Saint-Antoine, le docteur Marchand, qui cette fois encore voulut bien me prêter assistance.

La nature de la tumeur rénale restait toujours pour nous douteuse, mais deux hypothèses nous paraissaient seules possibles : ou bien nous avions affaire à un rein calculeux, ou bien nous nous trouvions en présence d'un néoplasme rénal. D'autre part, si ce dernier existait, il devait être de nature relativement bénigne, car l'état général de la malade, loin d'aller en s'aggravant, s'était, depuis la dernière trachéotomie, notablement amélioré ; elle avait engraissé et ne présentait à aucun degré l'aspect cachectique.

Ce fut surtout cette dernière considération qui nous parut propre à autoriser une intervention, qui ne devait dans notre pensée n'être tout d'abord qu'exploratrice. Le rein mis à découvert, nous comptions nous comporter suivant les circonstances. Il est bien-entendu d'ailleurs qu'une exploration minutieuse, faite sous le chloroforme de la région rénale du côté opposé, avait donné un résultat absolument négatif.

L'opération fut pratiquée le 16 juillet 1889. Je passe les détails techniques. Qu'il me suffise de dire que l'incision mit à découvert un rein énorme, manifestement dégénéré, occupé sur toute sa surface et dans son épaisseur par des kystes multiples. Il nous parut que s'abstenir en face d'une telle lésion et se contenter de refermer la plaie, était vouer la malade à une mort certaine. Mieux valait sans doute faire l'ablation totale de l'organe et mettre au moins ainsi un terme aux souffrances qui depuis si longtemps rendaient la vie insupportable.

Les choses marchèrent infiniment mieux qu'on n'eût pu le penser. Ce qui nous donna presque immédiatement de

-poir, ce fut que, malgré la diminution notable de la quantité absolue de l'urine émise, la somme totale de l'urée éliminée en vingt-quatre heures était, dès le 4e jour, sensiblement égale à celle rendue avant l'opération. Elle restait faible cependant et n'atteignait pas 20 grammes, mais évidemment suffisante, puisque jamais il n'y eut ombre d'accidents imputables à l'insuffisance de la fonction urineuse, et qu'à travers des incidents divers, notre opérée finit par guérir.

Quel sera le sort ultérieur de cette malade? On ne peut se défendre d'avoir à cet égard certaines craintes, car si l'on s'en rapporte à ce que l'on sait de l'histoire du rein polykystique, il n'existe guère de cas ou la lésion soit limitée à un seul rein. Les suites d'un tel état de choses, s'il existe chez cette femme, se devinent aisément.

On peut d'autre part se demander comment elle a pu échapper aux accidents immédiats jusqu'ici considérés comme inévitables et qui se sont toujours montrés mortels?

Je me contenterai à cet égard de dire qu'il me paraît rationnel de soutenir que notre malade a bénéficié de nos hésitations. Il est probable qu'au cours de la longue période pendant laquelle il nous était impossible de nous résoudre à intervenir, en même temps que le rein gauche, celui que nous avons enlevé, s'altérait de plus en plus, l'autre, malade aussi, mais à un moindre degré, s'accoutumait peu à peu à suppléer son congénère. Cette suppléance était sans doute complètement réalisée le jour où l'opération était pratiquée. Je ne puis du moins expliquer autrement l'issue favorable qui a été observée.

V. — Quel enseignement tirer de ces faits? Celui-ci, tout d'abord, qui n'a rien de bien nouveau, que toute la gravité de la néphrectomie dépend de l'état dans lequel se trouve le rein du côté opposé.

Puis cet autre, qui est non moins bien établi : à savoir, qu'il est souvent bien difficile en clinique de dire jusqu'à

quel point l'organe réputé sain, ou soupçonné malade, participe à la lésion de celui qui est manifestement altéré et dont on songe à pratiquer l'ablation.

Est-ce à dire qu'il faille en face de ces doutes renoncer à une opération qui a fait ses preuves et peut être considérée comme une des meilleures conquêtes de la chirurgie moderne ? Assurément non. On remarquera en effet que si, dans mes II[e] et III[e] observations (tubercules et calculs), la mort est survenue par suite d'une altération trop avancée du rein que l'on supposait indemne ; par contre, dans ma IV[e], dans celle que j'ai rappelée du professeur Verneuil, et dans bien d'autres, les malades ont survécu, bien que l'opération eût été entreprise pour une lésion qui ne frappe pas habituellement un seul des deux reins.

Pour moi donc, laissant de côté les cas où l'affection est manifestement bilatérale et par conséquent trop profonde pour qu'aucune action chirurgicale active soit possible, je conclurai en disant : toutes les fois que l'on sera en présence d'une affection rénale mettant la vie en danger, si l'on arrive à la conviction que l'ablation de l'organe malade est le seul moyen de conjurer le péril prévu, alors même que la nature de la lésion sera telle qu'on sera en droit de soupçonner, sans en avoir la preuve palpable, qu'elle a frappé aussi le rein opposé, on sera autorisé à tenter la néphrectomie.

J'accorde que c'est une chance à courir, que c'est la mort *possible*. Mais, d'autre part, l'abstention n'est-elle pas le plus souvent, en pareil cas, à délai plus ou moins bref, la mort *certaine?*

Néphrectomie. Persistance de la perméabilité de l'uretère,

par M. le docteur E. Desnos,
ancien interne des hôpitaux.

(*Observation résumée*)

Une femme de 38 ans, d'une bonne santé générale, et sans antécédents morbides, fut atteinte, il y a dix ans environ, d'accidents de périmétrite consécutifs à un accouchement. Quelques années plus tard, apparurent des douleurs lombaires localisées au côté droit, une gêne constante de cette région, et enfin certains troubles de l'urine, symptômes qui augmentèrent progressivement jusqu'au jour où la malade fut examinée pour la première fois, à la fin de décembre 1886.

A ce moment, les douleurs sont d'une intensité très grande, essentiellement intermittentes : pendant plusieurs jours elles s'accroissent pour diminuer assez rapidement et être remplacées par un sentiment de gêne très supportable. La malade a remarqué et signale elle-même ce fait, que les urines, claires pendant les paroxysmes douloureux, se chargent subitement de pus au moment des accalmies. Apaisées par le repos au lit, les douleurs sont exaspérées par le mouvement, la pression et surtout la constriction du corset. Du côté de l'appareil utérin, on constate seulement quelques irrégularités du col qui est induré; la leucorrhée est peu abondante. Bien que l'amaigrissement soit très prononcé, la malade n'est nullement cachectique, et les divers appareils fonctionnent régulièrement.

Les signes physiques sont les suivants : au niveau de l'hypocondre droit, immédiatement au-dessous du foie, on sent une tumeur qui semble fuir devant la pression exercée à l'aide d'une seule main; mais si on place un doigt

de l'autre main en arrière, dans l'espace costo-iliaque, on arrive facilement, à l'aide de la manœuvre bien connue du ballottement rénal, à en apprécier la mobilité, les contours et le volume. Celui-ci est des plus variables suivant les jours; tantôt la tumeur descend au-dessous de la crête iliaque, atteint la ligne médiane, et semble occuper presque toute la moitié droite de l'abdomen; parfois même elle en soulève les parois, et devient sensible à la vue. Puis, après une décharge purulente par la vessie, il faut la chercher sous les côtes où elle n'est plus appréciable qu'à l'aide du ballottement rénal; elle semble alors atteindre à peine le volume du poing. L'uretère, facilement appréciable à travers la paroi abdominale, se présente sous la forme d'un cordon gros, dur, douloureux, qui roule sous le doigt; il est également, et plus facilement encore reconnaissable par le vagin, au niveau et en avant du cul-de-sac latéral droit; on le suit jusqu'à un centimètre environ de l'orifice interne de l'urèthre.

Les choses restèrent en cet état pendant six mois environ; puis les douleurs s'accentuant et l'état général commençant à s'affaiblir, la malade vint réclamer une opération qu'elle avait tout d'abord refusée. Il devenait nécessaire de s'assurer de l'état de l'autre rein. Le cathétérisme de l'uretère, tenté alors, réussit du côté malade, et permit de recueillir une certaine quantité d'urine très purulente, tandis que celle qui s'écoulait pendant ce temps dans la vessie était parfaitement normale. Certain dès lors de l'existence et de l'intégrité du second rein, M. Desnos pratique la néphrectomie primitive au lieu de l'incision simple du rein : les lésions de l'uretère étaient trop anciennes et trop invétérées pour permettre d'espérer une guérison de ce conduit qui, ainsi que les suites l'ont prouvé, devait rester un foyer d'infection, et aurait contaminé ultérieurement le rein incisé. D'ailleurs la malade, bien qu'amaigrie, n'était nullement cachectique, et l'état de ses forces ne contre-indiquait pas une opération importante.

Les manœuvres opératoires furent faciles, mais on ne put suturer l'extrémité de l'uretère à la plaie, et on lia le pédicule en masse. Les suites immédiates furent bonnes, mais un trajet fistuleux persistait encore au bout de cinq semaines. A partir de ce moment, un phénomène particulier se produisit : de l'urine s'écoulait par la fistule, non pas d'une manière permanente, mais quelques instants après la miction, refluant évidemment de la vessie par l'uretère resté perméable.

Un mois après, le trajet fistuleux fut incisé de nouveau : la loge rénale était tapissée de fongosités qu'on racla au moyen de la curette tranchante ; la plaie fut alors laissée ouverte et bourrée de gaze iodoformée ; elle se combla lentement et ne se cicatrisa complètement qu'au bout de 4 mois.

Tous les symptômes ne disparurent pas cependant : un sentiment de gêne, de pesanteur persista au niveau de la région lombaire droite, acquérant parfois une intensité très grande et devenant une véritable douleur. Celle-ci affecte le même caractère qu'avant la néphrectomie ; elle est intermittente, et, lorsqu'elle cesse, la malade remarque un dépôt purulent assez abondant dans l'urine. L'exactitude de ce renseignement a été vérifiée ; de plus, on constate qu'au moment de la douleur, la loge rénale est occupée par une tuméfaction mal limitée, douloureuse à la pression, qui cesse au moment des évacuations purulentes. Il est donc extrêmement probable qu'au niveau de la loge rénale existe toujours un clapier purulent, que celui-ci trouve une voie d'excrétion par la vessie au travers de l'uretère qui ne s'est pas oblitéré. D'ailleurs, on sent encore, par la palpation abdominale et par le toucher vaginal, le même cordon gros et dur, indice de la persistance de la périuretérite.

A partir de la fin de l'année 1888, tous ces symptômes diminuèrent ; les évacuations purulentes ont aujourd'hui cessé, et la guérison complète paraît obtenue.

De ce qui précède, on doit conclure que la néphrectomie primitive peut être indiquée dans le traitement des pyélo-

néphrites, lorsque les conditions suivantes se trouvent réunies : 1° lorsqu'on est certain de l'existence et de l'intégrité du second rein qui doit suffire alors, immédiatement, à la sécrétion totale de l'urine; 2° lorsque les lésions de l'uretère, très étendues et très anciennes, ne permettent pas d'espérer une disparition complète de l'inflammation de ce conduit qui reste un foyer d'infection; 3° lorsque la santé et les forces du sujet sont suffisantes pour qu'il supporte un traumatisme important. Mais, même lorsque ces conditions sont remplies, la guérison complète peut être lente, à cause de la présence dans la plaie d'éléments septiques : la fixation au dehors de l'extrémité de l'uretère s'opposerait dans une certaine mesure à cet accident, mais elle est d'une exécution très difficile. Pour ces raisons, les indications de la néphrectomie primitive sont exceptionnelles, et l'incision simple, ou néphrotomie primitive, reste la règle dans le traitement des pyélo-néphrites.

L'électrolyse dans les rétrécissements de l'urèthre,

Par M. le Dr H. Monat, de Rio-de-Janeiro (1).

(*Suite.*)

II

MANUEL OPÉRATOIRE

On peut quelquefois obtenir la dilatation maxima d'un rétrécissement en une seule séance; généralement on est obligé d'en faire deux, trois et plus.

Seuls les chirurgiens, qui font la prétendue électrolyse linéaire, sont sûrs de réussir du premier coup; mais on en reconnaît la cause en les voyant opérer : leurs lames

(1) Voir le n° d'octobre.

leur permettent de faire la divulsion en même temps qu'agit le courant, qui ne sera pour rien dans la dilatation.

Lisez leurs observations : vous trouverez toujours indiquée la rapidité de l'opération : or, il est bien acquis aujourd'hui qu'un faible courant ne peut que très rarement dilater une coarctation en moins de quinze ou vingt minutes.

Ajoutez à cela que dans ces observations on indique toujours un nombre si faible de milliampères, que ceux qui connaissent la méthode ne peuvent pas hésiter.

Essayez l'action du courant sur un tendon ou une cicatrice, et vous reconnaîtrez aussitôt qu'il est impossible de franchir un rétrécissement, tant soit peu résistant, en cinq ou dix minutes, à moins de le forcer.

Quand on pense que des chirurgiens croient avoir détruit un noyau cicatriciel, un rétrécissement *fibroïde*, rapidement, on se demande s'ils ont cherché à voir l'effet du courant électrolytique.

Ce n'est pas seulement la résistance des tissus à la décomposition qui oblige à répéter les séances.

J'ai vu des malades ne pouvant pas supporter 8 milliampères, tellement ils souffraient : un malade de M. Fragoso n'en supportait pas 5. Ces malades sont rares, il est vrai ; mais il y en a beaucoup qui accusent de fortes douleurs sous 15, 20 milliampères ; voilà pourquoi j'ai pris l'habitude de cocaïniser tous les urèthres que j'avais à opérer.

Mais ce n'est pas tout d'éliminer la douleur.

J'ai consigné en 1883 des hémorrhagies secondaires et des rétentions d'urine chez des malades qui avaient été soumis à des courants intenses, capables de venir à bout de la résistance de la coarctation : les mêmes accidents se sont produits à la suite de séances très longues, quoique les courants fussent faibles relativement.

M. Fragoso a observé les mêmes accidents dans les mêmes conditions.

Voilà donc des contre-indications qui peuvent forcer la

main du chirurgien. Ainsi donc, le chirurgien, tout en cherchant à obtenir le plus promptement possible la décomposition du rétrécissement par l'*action chimique* du courant, est souvent obligé de répéter les séances, ce qui constitue une méthode différente de celle dont je ferai mention maintenant.

M. Newmann, qui ne voit dans l'action chimique du courant qu'un accessoire secondaire, cherche tout simplement à réveiller une action vitale, dont le résultat final sera la résorption du tissu cicatriciel, cause de l'atrésie : il fait donc de propos délibéré des applications répétées et ne se sert que de courants très faibles. J'ai depuis assez longtemps désigné cette méthode sous le nom d'*électrolyse progressive, indirecte* ou par *action vitale;* expressions mauvaises, si l'on veut, mais qui rendent bien ma pensée, sous le point de vue indiqué, et qui permettent d'éviter toute confusion avec l'autre méthode, l'électrolyse proprement dite, que j'ai appelée *électrolyse immédiate,* l'électrolyse chimique.

Voyons les procédés :

Je suppose un rétrécissement permettant le passage d'une bougie conductrice : la canule Jardin ayant été vissée sur cette bougie, on l'insinue dans le canal comme on le ferait pour la canule Maisonneuve : on y fait glisser le mandrin portant la lame, comme on glisserait la lame Maisonneuve, jusqu'à ce que l'on butte contre l'obstacle opposé par le rétrécissement; il s'agit alors de faire passer le courant : pour ce, on réunit l'instrument à un pôle, au moyen d'un fil conducteur; de la borne de l'autre pôle part un second fil conducteur, au bout duquel on fixe l'une des électrodes indiquées, que l'on a eu le soin de faire tremper dans l'eau chargée de sel, pour en augmenter la conductibilité : cette électrode est appliquée sur la cuisse ou la fesse du malade, en évitant le trajet des troncs nerveux, à cause des douleurs qui seraient provoquées; de même, si une séance doit être longue, on doit éviter les grosses veines superficielles : j'ai vu une phlébite partant d'une eschare électrolytique. Il ne reste plus qu'à

déterminer, au moyen de la manette du collecteur, le nombre d'éléments qui doit agir: l'intensité du courant sera indiquée par l'aiguille du galvanomètre.

Si le courant n'est pas assez intense, on augmente le nombre d'éléments. en ayant soin de ne pas pousser la manette rapidement, pour ne pas produire de secousses chez le malade.

Pendant que le courant agit, le chirurgien *soutient* l'instrument électrolyseur pour reconnaître la progression de la lame.

Il faut surtout éviter de pousser, en cherchant à vaincre l'obstacle, comme je l'ai vu faire, comme on le fait trop souvent; car alors ce n'est plus par le courant électrique que l'on détruit l'obstacle, que l'on dilate le canal, c'est tout simplement par divulsion que l'on agit. C'est ce qui a fait dire à MM. Delefosse et Jamin (séance du 14 mars de la *Société médicale du IXe arrondissement*) « que l'électrolyse linéaire n'est qu'une mauvaise uréthrotomie interne, dont les résultats ont été déplorables et continuent à l'être, malgré les modifications dans la forme de l'instrument ».

D'ailleurs on reconnaîtra facilement si l'on a fait la divulsion au saut que fera la lame, à son passage brusque aux gouttes de sang qui la teinteront et que l'on verra sourdre au méat.

Lorsque l'électrolyse est bien faite, la lame franchit l'obstacle très lentement.

Sitôt qu'on l'a dépassé, on interrompt le courant, avec le même soin d'éviter les secousses.

Si le malade a plus d'un rétrécissement, on répète la même manœuvre.

La dilatation faite, on retire l'instrument sans faire la moindre violence, je dois dire sans le moindre effort, pour ne pas arracher l'eschare qui s'est formée.

Au retour de l'instrument, rencontre-t-on un nouvel obstacle, il ne faudra pas faire d'effort : il peut être dû à ce que la dilatation est insuffisante ; faites agir de nouveau le

courant en tirant sur le mandrin très légèrement. Cette résistance peut être due à un spasme ; comme il est difficile de s'en rendre de suite compte, on doit attendre, avant de faire agir de nouveau le courant.

L'instrument ayant été retiré de l'urèthre, il faut bien se garder de vouloir reconnaître ce que l'on a fait : il faut attendre que le malade n'accuse plus d'ardeur dans la miction, ni de suintement de pus au méat ; c'est-à-dire qu'il faut attendre quatre, cinq, huit jours, pour donner le temps nécessaire à l'élimination de l'eschare et à la cicatrisation de la plaie qui en résultera.

Je ne puis pas comprendre pourquoi des chirurgiens faisant l'électrolyse sondent leurs malades après avoir fait la dilatation.

Un malade soumis à l'action du courant électrolytique ne doit être sondé que pour être congédié ou être soumis à une nouvelle opération, après que les effets immédiats de la première se seront amendés.

A mes débuts j'ai complété les dilatations par les Béniqué, comme je l'avais vu faire ; j'ai reconnu bien vite le tort de cette conduite ; *je savais* que je n'avais pas à craindre la rétraction de la cicatrice obtenue.

Je cherchais donc d'emblée, à moins d'une contre-indication, à obtenir la dilatation en une séance ; si le résultat ne me paraissait pas suffisant, je recommençais une semaine après ; je ne pouvais, sans me contredire, me servir des Béniqué.

Voilà l'électrolyse linéaire ; j'ai dit que beaucoup de chirurgiens préfèrent encore l'opération de Mallez-Tripier.

Que l'on se serve du stylet cylindrique ou de l'olivaire, la bougie conductrice en fera butter le bout électrolytique contre l'obstacle que présentera le canal : on l'appuiera légèrement contre cet obstacle et on fera agir le courant. Cet instrument ne pouvant pas aussi facilement que la lame Jardin forcer l'urèthre, l'opération sera longue nécessairement.

Voici le procédé de M. Fragoso : « Une bougie flexible, en gomme, est d'abord introduite dans le canal et permet d'atteindre sûrement le bourrelet obstructeur sur lequel on doit agir. On visse alors à son extrémité une tige de cuivre, qui sert de guide à l'introduction de l'appareil dont l'extrémité est taillée en ressort à boudin, pour lui donner la souplesse nécessaire.

« Pendant cette introduction, une main vient prêter son concours pour maintenir la sonde en gomme sur le rétrécissement. Quand l'appareil est en place, on retire la tige de cuivre et la sonde en gomme, et on introduit dans l'appareil la sonde olivaire qui doit produire la cautérisation ; l'effet est ainsi bien limité. »

Le manuel opératoire de M. R. Newmann, de New-York, est le même que celui de Mallez et Tripier, à peu de différence près ; le chirurgien américain emploie des olives métalliques de plus en plus volumineuses, à mesure que la dilatation se fait. Ce qui caractérise sa méthode, c'est la faible intensité des courants dont il se sert.

Nous avons jusqu'ici considéré les rétrécissements que les bougies peuvent franchir : si celles-ci ne passent pas, on porte le stylet Mallez olivaire ou cylindrique, non guidé, jusqu'à l'atrésie et l'on fait agir le courant : à mesure que les tissus cèdent on remplace les pointes en se servant d'autres de plus en plus volumineuses, jusqu'à ce que l'on soit parvenu à *tunnelliser* l'obstacle, jusqu'au degré voulu. Pour aller plus vite, on peut employer la lame Jardin, dès qu'on a obtenu une dilatation, qui permette l'introduction de la canule, pour revenir de nouveau quelques jours après aux stylets Mallez de gros calibre.

Voici comment j'ai pu franchir une fois un rétrécissement : j'avais d'abord employé le stylet Mallez ; le malade pissait déjà assez régulièrement, mais je ne pouvais ni faire progresser le stylet, à moins de dévier, de faire une fausse route, ni introduire une bougie ; malgré toutes les modifications que j'imprimais à la pointe, un petit bout à peine

pénétrait, un centimètre tout au plus. Je pris donc une sonde très mince et, à un centimètre de la pointe, j'enroulai un fil d'argent de suture, sur une étendue d'un centimètre, en ayant soin de bien cacher les pointes métalliques à l'une desquelles se fixait un fil mince, conducteur, qui parcourait la cavité de la petite sonde : la pointe de la sonde ayant pénétré dans le rétrécissement, je fis agir le courant. Je suis parvenu à franchir l'obstacle au bout de 46 minutes; à la séance suivante mon stylet pénétra très facilement et je pus compléter la dilatation.

Je ne connaissais pas alors la sonde de M. Bay, construite sur les mêmes principes qui m'ont guidé dans ce cas; c'est, dans ces conditions, j'en suis sûr, un instrument qui peut rendre de bons services. L'instrument Fragoso aussi peut être utile dans de tels cas, mais je ne sais si on ne pourrait pas le faire dévier de l'axe du canal.

INTENSITÉ DU COURANT. — DURÉE DES SÉANCES CHOIX DES POLES

On ne peut prévoir l'intensité nécessaire du courant pour détruire un rétrécissement par action chimique. J'ai réussi avec 5 à 10 milliampères; mais j'ai eu souvent besoin de pousser jusqu'à 40, 50 et plus. Cette observation est confirmée par tous ceux qui ont fait la dilatation immédiate, sans divulsion, bien entendu.

Je ne puis donc pas comprendre pourquoi certains chirurgiens insistent à dire qu'il ne faut pas dépasser 10 à 20 milliampères.

Nous sommes en présence de deux méthodes : l'une rapide, l'autre lente.

Si l'on suit la première, c'est-à-dire si l'on cherche à détruire l'obstacle par action chimique, on ne doit pas hésiter à donner au courant les conditions de remplir l'indication; on ne doit pas craindre d'aller jusqu'à 50 milliampères et

plus, selon la tolérance du malade; quitte à corriger les réflexes provoqués, comme je l'indiquerai. On n'a pas à craindre de chauffer l'instrument, je n'ai pas à revenir là-dessus.

Si au contraire on ne cherche qu'à provoquer la résorption par un processus vital, on ne doit pas dépasser 10 milliampères, mais on répétera les séances pour conserver le malade assez longtemps sous l'influence du courant, comme M. Newmann.

Voici d'ailleurs sa pratique : 8 à 10 séances, de 2 à 10 minutes chacune, à huit jours d'intervalle ; 2 à 10 milliampères ; augmentation graduelle des olives jusqu'à l'obtention de la dilatation voulue.

La méthode est longue, on le voit, elle demande deux à trois mois de traitement ; mais elle a le grand avantage d'être très facilement supportée, si le malade est patient. Les courants forts provoquent des sensations très désagréables chez le malade, surtout si l'on ne fait pas l'anesthésie de l'urèthre, ou, si l'on se sert d'électrodes à petites surfaces, non recouvertes, si l'on se place sur le trajet d'un nerf, etc.

Mais il ne faut pas se le dissimuler, même en se servant de courants intenses, les séances ne sont pas toujours courtes; j'ai fait des séances de 3 à 5 minutes, c'est vrai; mais j'en ai eu de 20, comme M. Jardin, et même de 30, 45 et 60.

Je suis donc tout à fait en désaccord avec ceux qui disent que 13 minutes est une durée exceptionnelle.

Pourquoi sommes-nous en divergence dans cette simple constatation de faits?

Je comprends que les malades ainsi opérés, ayant été soumis au courant faible, n'aient pas éprouvé de douleur, et que les miens l'aient accusée, sous le courant fort; mais cette même différence d'intensité devrait me permettre d'opérer plus rapidement que ces chirurgiens.

Après m'être servi assez longtemps du pôle négatif pour

agir sur la muqueuse, j'ai cru à un certain moment devoir préférer le positif. Ceci semblera surprenant : en ce temps-là je ne faisais que très rarement deux applications sur le même malade ; mes séances étaient donc très longues souvent, et mon courant très intense. Ces deux circonstances m'ont fait observer des accidents, des spasmes, d'où rétentions d'urine, des hémorrhagies, des cystites, des réflexes de toute espèce.

Comme je désirais toujours opérer très vite, pour me rapprocher de ce que l'on vantait dans la méthode, je n'en cherchai la cause que dans le choix des pôles ; or, j'avais vu chez des malades de kératites, traités par les courants continus, que ni les eschares positives, ni les négatives n'avaient été suivies de cicatrices rétractiles aux paupières ; d'un autre côté j'avais vu aussi chez une femme qui avait un cancer ulcéré du sein, chez laquelle j'appliquais l'électricité, aidé par le docteur Schreiner, de Rio, qu'en retirant les aiguilles négatives implantées, les piqûres saignaient, tandis qu'aux positives il ne se faisait pas d'écoulement de sang. Je n'hésitai pas à essayer le pôle positif dans les rétrécissements, mais je l'ai bientôt abandonné : j'ai reconnu que les accidents étaient dus à l'intensité du courant et, en la modérant, je suis revenu au négatif, qui agit plus rapidement et qui est théoriquement tout indiqué, la cicatrice qui s'y forme devant être molle, souple, non rétractile, devant mettre donc le malade à l'abri de la récidive, quand on aura détruit la cause de l'atrésie.

Quod probandum, malheureusement.

(*A suivre.*)

Monsieur le Rédacteur en chef,

Sous le titre précédent, vous avez publié, dans le numéro d'octobre 1889 des *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, un article d'un médecin de Rio-de-Janeiro, dans lequel il est question

de l'instrument que j'ai inventé et de son application au traitement des rétrécissements.

J'aurais laissé passer cette publication sans protester, si elle ne contenait pas de grossières erreurs qui peuvent faire déconsidérer un procédé que je crois appelé à un grand avenir.

Je suis étonné de voir que les médecins sérieux jugent un instrument et un procédé sans les connaître.

L'auteur dit, page 582 : « *M. Fort, en le supprimant* (il s'agit du cathéter cannelé de Maisonneuve et de Jardin). *est obligé, toutes les fois qu'il veut pousser la dilatation plus loin, de retirer son instrument de l'urèthre, pour le remplacer par un autre à lame plus large qui ne pourra pas être conduit de façon que la lame vienne tomber juste sur le sillon fait par la première lame.* »

Autant de mots, autant d'erreurs! Je n'ai dit ni écrit nulle part que j'agissais ainsi. Avant d'opérer, je proportionne la hauteur de mon instrument au diamètre du rétrécissement et au calibre de l'urèthre, et j'opère d'un seul coup, avec une seule lame, produisant un seul sillon.

L'auteur de l'article ne m'a jamais vu opérer avec mon instrument. Celui-ci n'a été mis dans le commerce que depuis neuf mois. Comment M. Monat pourrait-il avoir, depuis cette époque, une expérience suffisante de mon procédé pour porter sur lui un jugement favorable ou défavorable?

Il dit aussi, page 583, qu'il n'a *jamais vu d'électrolyseur Fort portant la lame de platine sur la convexité.* Ceci prouve encore qu'il ne connaît pas mon instrument. Celui-ci est, en effet, tellement flexible que je place la lame, à volonté, sur la concavité ou sur la convexité.

Les diverses publications qui ont été faites, erronées ou non, toujours désobligeantes, malgré mon offre à plusieurs confrères des hôpitaux, d'opérer dans leurs services, m'obligent à dire encore une fois comment j'opère (1).

Après avoir orienté le galvanomètre d'une pile à courant continu et fixé le pôle positif, sous forme de plaque, à la racine de la cuisse du malade, je place la lame non tranchante de l'électrolyseur sur le point rétréci. Je mets celui-ci en communication avec le pôle négatif et je prends, selon la susceptibilité du malade, de 8 à 12 éléments de la pile de Chardin, qui me donnent de 10 à 30 milliampères.

J'exerce une légère pression sur l'instrument, qui franchit le point rétréci en un laps de temps variable, de une à cinq minutes. L'opération est alors terminée.

Il n'y a pas de sang, la douleur est insignifiante, et lorsque les précautions antiseptiques ont été prises, on ne constate jamais d'accidents.

(1) Quelques-uns, je dois le dire, ont accepté gracieusement, comme MM. Richet, Péan et Marchand; d'autres, en province, ont usé avec avantage de mon procédé. Je citerai parmi eux M. Pasquier, d'Évreux, et M. Eymer, de Niort.

Le traitement consécutif est nul.

Admettons, ce que l'avenir démontrera, que le malade doive subir plus tard la dilatation, que j'ai pratiquée dans plusieurs cas; n'est-il pas évident que l'électrolyse, au point de vue de ses résultats immédiats, et si simple dans son application, doit être préférée à l'uréthrotomie? Je regrette de ne pouvoir m'étendre sur ce sujet, qui ne fait pas pour moi l'ombre d'un doute.

Ce traitement me donne d'aussi bons résultats dans les rétrécissements de l'œsophage, de l'utérus et du rectum. Le rétrécissement du rectum guéri par moi, et publié dans la *Gazette des hôpitaux*, se maintient parfaitement guéri, et je regrette que les deux cas traités par le médecin brésilien aient récidivé. Il est évident que cette différence dans les résultats tient au mode d'opérer.

Agréez, etc.

Dr J. A. Fort,
Ancien professeur libre d'anatomie à la Faculté.

REVUE DES JOURNAUX

PRESSE FRANÇAISE

1° Sclérose et adénome des capsules surrénales, par M. Pilliet, interne (*Progrès médical*, 27 juillet). — Après avoir démontré l'identité qui existe entre les adénomes du rein et ceux des capsules surrénales, M. Pilliet étudie l'étiologie de ces productions épithéliales. L'adénome se présente généralement chez les gens âgés : la coexistence de la néphrite est à remarquer. Le néoplasme présente le volume d'une noisette, jaunâtre, lisse et paraît occuper le centre de l'organe, quoiqu'il soit développé aux dépens de la couche corticale. L'examen histologique démontre que les noyaux d'adénome au début, sont isolés, puis ils confluent et finissent par remplacer la substance médullaire centrale. On remarque deux variétés de tubes ou boyaux remplis de cellules, les uns étroits, les autres larges et à lumière

centrale. Très souvent il existe une surcharge graisseuse considérable. Les vaisseaux sont toujours larges et béants, presque tous du type capillaire. Ce qui explique la fréquence de l'hémorrhagie dans l'adénome. — Les hémorrhagies surrénales se rencontrent chez le nouveau-né et chez l'adulte. Dans le second cas, elles coexistent souvent avec la néphrite interstitielle et l'hypertrophie de la capsule.

L'adénome est accompagné, comme dans les reins, de lésions scléreuses avancées. La plus fréquente est la dégénérescence graisseuse.

M. Pilliet établit par des recherches microscopiques qu'il existe une parenté indéniable entre l'adénome de la capsule surrénale et celui du foie et du rein.

Quant aux symptômes, l'auteur pense qu'ils sont encore très vagues, que la pigmentation exagérée des mains, la sécheresse de la peau, ne peuvent être forcément attribuées à des lésions surrénales, puisqu'elles se rencontrent souvent chez les vieillards.

L'histoire de cette lésion reste donc, jusqu'à présent, purement anatomique.

2° PSEUDO-ORCHITE PAR EFFORT, par le docteur O. GUILLET (*Union médicale du Nord-Est*, juillet 1889). — Après avoir cité plusieurs observations très intéressantes et discuté les différentes théories émises pour l'étiologie de l'orchite par effort, notre confrère donne les conclusions suivantes :

1° L'orchite par effort existe, mais elle est exceptionnelle.

2° Elle paraît due à la contraction brusque et énergique du crémaster, et quelquefois à sa contracture.

3° Souvent l'effort n'est que la cause occasionnelle de l'inflammation, ou bien il n'agit qu'en rendant douloureux un testicule déjà malade. Il faut chercher la cause véritable dans une lésion des organes génitaux profonds, urèthre postérieur, vésicule séminale.

4° Sous l'influence de l'effort, il peut se produire une rupture des veines spermatiques, normales ou déjà altérées (coup de fouet).

5° La variété de pseudo-orchite par effort a pour caractères diagnostiques : son siège ordinaire à gauche, ses limites mal

circonscrites, son peu d'intensité, et la présence de dilatations veineuses qui ne sont souvent appréciables qu'après la résolution de l'épanchement sanguin.

3° TUMEUR DE LA VESSIE CHEZ LA FEMME, par M. le docteur TERRILLON (*Bulletin médical*, 2 octobre 1889). — Le sujet de la leçon faite par M. le docteur Terrillon à l'hospice de la Salpêtrière est l'observation d'une femme de 42 ans, ayant toujours joui d'une bonne santé jusqu'à il y a trois mois : depuis cette époque, teinte jaune : l'embonpoint est conservé, douleurs dans le bassin et au moment de la miction; urines de temps à autre mélangées de sang. — A l'examen l'urine contient du sang et un peu d'albumine (probablement venant du sang). Le sang était rendu ordinairement mélangé à l'urine et quelques gouttes sortaient pures après la miction. Le cathétérisme avec une sonde métallique provoqua une hémorrhagie et fit reconnaître une lésion des parois vésicales. Cette exploration fut suivie par l'examen vésical avec le doigt et sous l'influence du chloroforme. Le doigt fit reconnaître une tumeur vésicale de nature papillomateuse ayant son siège dans le bas-fond vésical. Chez une autre femme de 60 ans, l'exploration digitale fit reconnaître sur la face postérieure de la vessie une tumeur constituée par un épaississement énorme des parois. On rencontrait une surface irrégulière, indurée, faisant saillie dans la cavité vésicale sous forme d'un mamelon de consistance dure. — Il s'agissait donc là d'un épithélioma infiltrant une partie de la paroi et présentant à sa surface une plaque d'induration. Les symptômes rendaient toute intervention inutile chez cette deuxième malade. La première fut opérée avec curage de la vessie.

M. Terrillon développe la thèse que les deux principaux types de tumeurs que l'on rencontre ordinairement dans la vessie sont le papillome et l'épithélioma : il étudie les symptômes inhérents à ces deux affections et démontre que le diagnostic d'une tumeur vésicale peut se faire par la constatation des troubles fonctionnels dont le plus important est une hématurie spéciale et des troubles physiques qui sont fournis par l'exploration directe.

Comme traitement chirurgical, notre confrère conseille d'abord la dilatation de l'urèthre et l'introduction d'instruments

d'exérèse, surtout pour les tumeurs pédiculées. Mais la taille est l'opération qui s'impose le plus souvent. On peut employer soit la taille périnéale, soit la taille sus-pubienne. M. le docteur Terrillon préfère la taille hypogastrique : la vessie est distendue par 200 ou 300 grammes de liquide et, si cela est nécessaire, le ballon de Petersen est introduit dans le vagin. Le reste de l'opération se fait comme dans la taille hypogastrique chez l'homme.

4° DE QUELQUES NOUVEAUX DIURÉTIQUES VÉGÉTAUX, par M. L. JUMON (*France médicale*, 24 sept. 1889).

Parmi les nouvelles substances végétales, la plupart exotiques, dont la matière médicale des voies urinaires s'est enrichie, M. Jumon cite les suivantes qui sont, actuellement, les mieux étudiées :

1° Le pichi, petit arbrisseau, qui est fort populaire au Chili comme remède contre les inflammations des voies urinaires. Toutes les cystites sont en général rapidement améliorées par ce médicament. Les échantillons rapportés du Chili ont été importés en France par M. le docteur Lucien Baye.

On emploie le plus souvent la décoction qu'on obtient en faisant bouillir pendant une demi-heure dans un litre d'eau 30 grammes de jeunes rameaux et qu'on prend à la dose de 1 à 2 litres par jour en plusieurs fois, à jeun. On prescrit encore aux États-Unis l'extrait fluide, seul ou associé au nitrate de soude.

2° La fève des marais, qui constitue un remède populaire en Calabre et en Sicile, pour combattre les coliques néphrétiques, la goutte, et favoriser l'expulsion des calculs. On emploie 12 grammes de fleurs dans un litre d'eau que l'on réduit à moitié par l'ébullition ; ou sous la forme d'infusion, une pincée pour une tasse d'eau bouillante.

3° La chimophila umbellata, très employée en Amérique. La dose quotidienne est de 10 à 15 grammes d'extrait monhydroalcoolique dans une potion renfermant du sirop d'écorce d'oranges amères et du rhum.

4° Les feuilles et les fleurs de la verge d'or ; — 25 grammes de feuilles en infusion dans les 24 heures. En Amérique, cette plante est employée comme succédané du thé.

5° Rein kystique, par M. le docteur Segond (*France médicale*, 17 octobre). — Dans une leçon faite à l'hôpital de la Charité, M. le docteur Segond relate une opération très intéressante d'un rein kystique. Le diagnostic avait été, avant l'opération, kyste du foie ou kyste du mésentère. Il s'agissait d'une tumeur énorme, remplissant l'abdomen dans son diamètre transversal et descendant au-dessous de l'ombilic : au palper, fluctuation manifeste : mate à la percussion, sauf à la partie supérieure.

L'opération fit découvrir une poche pleine de liquide : à l'intérieur de cette poche, des espèces de colonnes avec des nids de pigeon. De cette tumeur émanait un organe que l'on reconnut pour l'uretère : on était en présence d'un rein kystique complètement détruit. Le malade succomba à l'anurie. Depuis l'opération, il n'avait pas émis une seule goutte d'urine. L'autopsie n'est pas relatée.

6° Sur un cas de pierre dans la vessie, chez une petite fille de 6 ans, par MM. Hamaïde et Séjournet (*Bulletin général de thérapeutique* 30 juillet). — Dans l'observation relatée, il s'agit d'une petite fille de 6 ans d'une excellente santé, sans tare diathésique. L'enfant relatant des symptômes de calcul dans la vessie, fut examinée le 6 octobre 1888.

Le cathétérisme fit reconnaître une pierre plate ayant le volume et la forme d'un petit morceau de sucre cassé.

Le 10 octobre l'enfant étant chloroformée, on introduisit un lithrotriteur : il fut impossible de saisir la pierre, qui fut frôlée par l'instrument, — On introduisit alors une grosse pince à polypes, droite : la pierre fut saisie, mais mal tenue ; puis la pierre redevint introuvable : le doigt introduit dans le rectum ne put ramener la pierre au contact de l'instrument. — Nouvelle tentative le 1er novembre avec la même pince et le doigt dans le rectum : la pierre fut broyée : le lendemain l'enfant rendit les derniers fragments en urinant.

Les auteurs insistent :

1° Sur l'âge et le sexe de la malade : les calculs sont rares chez les petites filles.

2° La difficulté de rencontrer et de saisir une pierre dans la vessie d'une petite fille.

3° La facilité de la dilatation du canal de l'urèthre.

4° Chez les petites filles, l'opération doit consister dans le broiement et l'extraction combinés.

7° Stérilisation des sondes en gomme. Cathétérisme aseptique, par M. H. Delagenière (*Progrès médical,* 5 et 12 octobre 1889). — Convaincu qu'il faut à tout prix n'employer que des instruments aseptiques, M. Delagenière a cherché le moyen d'avoir la stérilisation des sondes en gomme, la plus complète possible. Il fallait d'abord s'assurer de la chaleur que pouvait supporter sans se détériorer le tissu des sondes en gomme. Les instruments en gomme peuvent supporter facilement 110 et même 120°. — M. Delagenière relate les expériences qu'il a faites au point de vue bactériologique. Il a reconnu que les sondes placées dans les étuves du laboratoire ont donné pendant 8 jours des résultats négatifs pour l'ensemencement des cultures. Il en est résulté la construction d'un appareil spécial que je relate suivant la description *in extenso* de l'auteur.

1° Les *sondes* du n° 6 au n° 21 inclusivement sont placées dans 12 tubes de verre qui mesurent 35 centimètres de longueur et 3 cent. et demi de diamètre. Les huit premiers numéros (de 6 à 13) dans les quatre premiers tubes; les derniers (de 14 à 21) séparément chacun dans un tube. Chaque tube est fermé au moyen d'un tampon de ouate, puis on le place dans l'étuve où l'on porte la température à 100°. Au bout d'une demi-heure au maximum, les tubes sont retirés. On les laisse refroidir, toujours bouchés, et le lendemain on renouvelle l'opération, ainsi que le jour suivant. Les sondes sont dès lors stériles et bonnes à être utilisées.

Les tubes sont disposés dans une boîte à 12 compartiments portant le même numéro que le tube. Il en résulte que les sondes sont classées d'avance et très faciles à prendre.

2° Les *bougies* sont traitées de la même façon et disposées dans des tubes semblables. Ici la boîte a 21 compartiments pour 21 tubes, le premier renferme les bougies filiformes jusqu'au n° 5 inclusivement, les numéros au-dessus, jusqu'à 24 inclusivement, sont dans des tubes séparés.

Chaque tube renferme un ou deux explorateurs à boule du même calibre que les bougies. De même chaque tube à sonde renferme des sondes ordinaires et des sondes béquilles de même

calibre. Enfin, les bougies de l'uréthrotome et les sondes à bout coupé sont stérilisées dans un tube à part conservé fermé dans la boîte à uréthrotomie.

L'usage de ces sondes et de ces bougies est des plus simples. Les boîtes, munies d'une poignée, sont apportées au lit du malade; l'infirmier présente le tube demandé; le chirurgien, dont les mains sont aseptisées *comme s'il s'agissait de faire une opération*, enlève d'une main le tampon de ouate et de l'autre saisit la sonde voulue. Le tube est aussitôt refermé, puis replacé dans la boîte.

Lorsque la sonde a servi, elle est grasse et septique; pour qu'elle puisse resservir, on l'essuie d'abord avec un peu de ouate hydrophile pour la débarrasser du corps gras dont on s'est servi, puis on injecte dans son intérieur, avec une seringue, de la solution de sublimé au millième; on la place ensuite entre deux couches de ouate où on la laisse un ou plusieurs jours, jusqu'à ce qu'on ait assez de sondes à stériliser pour remplir un tube. Après la stérilisation, les sondes sont réparties dans leurs tubes respectifs.

8° Fibro-myome de l'urèthre, par M. le docteur Tillaux (*Annales de gynécologie*, septembre 1889). — Il s'agit d'une femme de 29 ans, qui, il y a dix-huit mois, à la suite d'une fausse couche, a constaté l'existence d'une petite tumeur du volume d'une noisette occupant la vulve. Cette tumeur était dure, non douloureuse au toucher et ne déterminait de trouble d'aucune espèce. Pendant près d'un an la malade n'en fut pas gênée et le volume resta sensiblement le même. Depuis cinq mois, la tumeur a pris une extension continue. Ce fut d'abord une simple gêne qu'éprouva la malade; puis survinrent des envies fréquentes d'uriner, de vives douleurs pendant la marche, et bientôt une impossibilité de tout rapprochement sexuel. La tumeur est manifestement recouverte par une membrane muqueuse dont la coloration un peu rougeâtre tranche sur le fond rosé de la muqueuse vulvaire. Elle est lisse à sa surface; la consistance est ferme, mais légèrement élastique; pas trace de fluctuation. — Le toucher vaginal démontre que la tumeur se prolonge dans le vagin dans la profondeur d'environ 2 centimètres et demi; plus haut, le vagin est normal, il en est de même

de l'utérus. On a donc affaire à une tumeur de la vulve développée dans l'épaisseur de la paroi uréthrale et à une tumeur solide, affection fort rare.

La malade étant endormie, une incision fut pratiquée suivant le grand axe de la tumeur et celle-ci fut facilement énucléée. Le canal uréthral était intact après l'opération. Gaze iodoformée dans la cavité. Guérison au bout de dix jours.

Dr Delefosse.

PRESSE DES ÉTATS-UNIS

1° Chancre simple serpigineux du vagin. — Destruction des ligaments sacro-sciatiques et d'une branche de l'artère hypogastrique. — Mort par hémorrhagie, par le docteur Stein, chirurgien à Charity-Hospital. — J.R..., âgée de 25 ans, mariée, entre à l'hôpital le 26 juin 1887. Antécédents de la famille bons. La malade a toujours joui d'une bonne santé. Elle a commencé à être réglée à l'âge de 16 ans, et depuis cette époque les règles ont toujours été régulières. — N'a jamais eu de grossesse.

Un mois avant d'entrer à l'hôpital, son mari lui communiqua un accident vénérien, et deux semaines après elle constata une suppuration abondante qui s'écoulait par le vagin. Peu après elle commença à éprouver en marchant une douleur assez vive dans la cuisse gauche; surtout au niveau de la hanche et du genou. Elle éprouvait également de la cuisson en urinant. L'examen de la malade fit constater une suppuration abondante et fétide provenant du vagin, et sur la paroi gauche un chancre simple phagédénique, s'étendant sur une longueur de 2 pouces et demi (7 centimètres) à partir des petites lèvres. Les ganglions inguinaux du côté gauche étaient hypertrophiés. La malade éprouvait une très grande sensibilité à la pression entre le grand trochanter et la tubérosité de l'ischion du côté gauche. Elle boitait en marchant. On cautérisa le chancre avec de l'acide azotique et on appliqua un pansement pendant quelque temps avec une solution de permanganate de potasse. Sous l'in-

fluence de ce traitement le chancre sembla s'améliorer, et la cicatrisation se fit sous l'action de douches vaginales phéniquées à 2 p. 100 et d'un pansement à l'iodoforme, en ayant soin de bien remplir le vagin avec de la ouate hydrophile pour maintenir les surfaces écartées. Son état général commença à décliner, elle perdit l'appétit, le sommeil était troublé, elle maigrit et s'affaiblit. Les articulations n'étaient aucunement enflammées, en sorte qu'on ne put découvrir la cause des douleurs persistantes.

Le 9 août, l'interne fut mandé et il constata que la malade avait eu une hémorrhagie vaginale qui avait cessé avant son arrivée. On lui dit alors que pendant la nuit et dans la matinée elle avait eu plusieurs hémorrhagies dont l'origine semblait provenir de la surface de l'ulcération vaginale qui était couverte de caillots. On appliqua une compresse de ouate imbibée d'une solution de sulfate de fer et on donna à la malade de la morphine et de l'ergot de seigle.

5 *septembre.* — Jusqu'à ce jour elle eut plusieurs hémorrhagies peu abondantes, qui cessèrent avant l'arrivée de l'interne. La cuisse commença alors à grossir de plus en plus : la malade pouvait à peine supporter le poids des couvertures. Elle ne pouvait mouvoir la jambe. On maintint le membre relevé par des oreillers et on fit des lotions d'eau blanche laudanisée. Les stimulants et la morphine furent continués et on ajouta du perchlorure de fer à l'intérieur.

6 *septembre.* — La malade a eu de la rétention d'urine. La sonde retira environ 14 onces (400 grammes) d'urine normale. Le lendemain la malade urina seule, mais le soir on fut encore obligé de la sonder.

10 *septembre.* — Ce matin, pendant la visite du chirurgien, l'hémorrhagie reparut, et on constata que le matelas était rempli de sang, et qu'il s'écoulait du vagin un petit filet de sang artériel. La malade était presque exsangue et tout près d'avoir une syncope. On introduisit un spéculum et le vagin fut tamponné avec de la ouate imbibée d'une solution de sulfate de fer. L'hémorrhagie sembla arrêtée. Pendant tout ce temps la malade se plaignait beaucoup de sa jambe. On mit des bouteilles chaudes aux extrémités, et on fit une injection hypodermique de morphine et de whisky, mais sans aucun résultat.

La malade mourut d'épuisement. L'hémorrhagie s'était déclarée à 11 h. 45 du matin : la mort eut lieu à 1 heure de la nuit.

Autopsie pratiquée vingt-quatre heures après la mort. Les organes thoraciques et abdominaux étaient manifestement anémiés. Les organes pelviens furent enlevés en masse. Le vagin présentait sur sa paroi latérale gauche une ulcération superficielle envahissant un peu la muqueuse. Un pouce au-dessus de la petite lèvre gauche on voyait une petite perforation à bords pigmentés, et conduisant par un trajet sinueux oblique de bas en haut et en arrière à une tumeur un peu ferme, aplatie, occupant tout le côté gauche de la cavité pelvienne. A l'examen on reconnut que cette masse était formée par du sang à différents degrés de coagulation. Les douleurs persistantes ressenties par le malade avaient, sans aucun doute, été causées par la pression de cette masse intra-pelvienne sur les nerfs animant l'extrémité inférieure gauche. Le fascia pelvien était épaissi, et les ganglions du bassin hypertrophiés. Le caractère serpigineux de cet ulcère phagédénique n'épargna pas, dans sa marche, comme cela a lieu ordinairement, le tissu fibreux et les vaisseaux sanguins. Il avait détruit le petit ligament sacro-sciatique, transformant ainsi les deux orifices en un seul, érodé la face externe de l'épine ischiatique, creusé en arrière la cavité cotyloïde et la face latérale du sacrum et du coccyx, dissocié les muscles de la région fessière, et étendu ses ravages jusqu'à près de trois quarts de pouce (1 centimètre et demi) de la surface cutanée. En recherchant la source de l'hémorrhagie, on reconnut qu'elle avait été causée par une érosion d'une des branches antérieures de l'hypogastrique (*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, juillet 1889).

2° Tumeurs malignes des ganglions inguinaux, consécutives a l'épithélioma du pénis, par le docteur Taylor, chirurgien de Charity-Hospital. — Obs. I. — M. R..., âgé de 54 ans, Allemand, ferblantier, entra à l'hôpital le 8 novembre 1888. Blennorrhagie douze ans auparavant ; n'a jamais eu la syphilis. — Aucun cas de cancer chez les ascendants. Son dernier coït remonte à neuf années avant son entrée à l'hôpital. Il y a environ trois ans (le malade avait alors 51 ans), il s'aperçut qu'il avait quelques verrues sur la muqueuse préputiale. Celles-ci ne firent que s'accroître,

et envahirent le gland et le prépuce en entier, qui était en même temps long et volumineux. Il ne prit pas la peine de consulter un médecin, et ne fit pas grande attention à sa verge, en sorte que le néoplasme s'agrandit. Cinq mois avant son entrée à l'hôpital il croit qu'une ulcération commença sur la muqueuse du prépuce ; mais, antérieurement, il avait constaté la présence d'un écoulement fétide, séreux, quelquefois sanguinolent, provenant de la superficie de la tumeur. Sauf une sensation d'une douleur légère, d'une cuisson, ou d'un peu de chaleur, qu'il ressentait par intervalle, il ne fut jamais incommodé.

A son entrée à l'hôpital, le malade était en bonne santé, avait bon appétit, mais présentait sur la face des traces de cachexie. La verge était grosse, d'une couleur très foncée ; et à environ deux pouces de la paroi abdominale, elle commençait à s'élargir et se terminait en forme de pavillon de trompette parfaitement nette : le bord circulaire correspondant à l'extrémité libre du prépuce était épaissi et présentait plus ou moins de fongosités.

Dans l'intérieur de cette cavité cylindrique était logé, un peu en arrière, le gland énormément hypertrophié, verruqueux et noueux. Ces masses avaient une consistance très résistante et leur couleur d'un blanc grisâtre et d'un rouge brun sombre. C'était un type d'épithélioma fongoïde.

L'opération fut pratiquée par le docteur Van Winckle, interne de la division. Le point principal de l'opération était l'adoption d'un procédé opératoire que j'ai employé depuis plusieurs années dans les cas de cancer du pénis dans la continuité. Ce procédé consiste à passer deux longues aiguilles à travers les corps caverneux suivant la forme d'un X, en évitant la partie spongieuse. Avant d'introduire les aiguilles, il est nécessaire de faire une manœuvre consistant à ramener en même temps en avant le fourreau de la verge. Lorsque cette traction est faite, en même temps que l'on pratique l'extension, et que l'organe est fixé, l'incision se fait en avant des aiguilles. Ceci a pour résultat que le lambeau cutané est assez long, recouvre les corps caverneux, et peut être suturé d'une façon convenable tout autour du moignon. Il est évidemment nécessaire de porter le couteau un peu en avant lorsqu'on arrive sur le corps spongieux (il est même bon de le disséquer) et de le sectionner à environ un demi-pouce en avant du moignon, ensuite de le

diviser de chaque côté, et de suturer les deux lambeaux en arrière sur le moignon. La plaie opératoire, pansée avec l'antisepsie la plus rigoureuse, fut cicatrisée en trois semaines ; le moignon régulier, recouvert complètement par la peau, présentait un méat pouvant admettre le n° 30 filière française.

Les ganglions inguinaux du côté droit étaient très hypertrophiés, ceux du côté gauche un peu moins. L'état du malade ne permettait pas de tenter une seconde et une troisième opération, et on jugea prudent d'attendre la cicatrisation complète du moignon.

Vers le milieu de décembre, à peine la plaie était-elle complètement guérie, que sans aucune cause connue les ganglions inguinaux se mirent à augmenter de volume, le malade devint cachectique et commença à décliner. Au bout d'une quinzaine de jours l'examen fit découvrir une tumeur lobulée, du volume d'un œuf de poule, sur laquelle la peau était tendue, et d'une couleur rouge sombre. La tumeur augmenta davantage et, vers le 1er janvier, on aperçut une petite ulcération sur la peau, à la partie inférieure de la tumeur. L'ulcération avait les bords taillés à pic et le fond de la plaie était formé d'un tissu nécrosé d'une couleur rouge avec quelques points verdâtres.

Il s'écoulait une sérosité sanieuse de mauvaise nature, et la tumeur était le siège de douleurs continuelles. Dans les premiers jours de janvier, la tumeur devint le siège de plusieurs hémorrhagies, quelques-unes assez considérables pour menacer la vie du malade. A peu près à la même époque, on vit une seconde ulcération plus petite, située un peu plus haut que la première. Cette tumeur maligne continua à grossir jusqu'à ce qu'elle atteignit le volume d'un très gros poing : elle mesurait 6 pouces de long et 5 de large. La partie moyenne était située juste au niveau de l'arcade de Fallope. Sa base était butée contre le moignon, et le sommet atteignait presque la crête iliaque. Elle était d'une couleur pourpre : sa surface ondulée et lobulée lui donnait l'aspect d'un énorme oignon reposant au milieu des parties molles, et formait une saillie au-dessus de la peau, d'au moins 3 pouces.

Au fur et à mesure que la tumeur augmentait de volume, la cachexie s'accentuait, et le malade mourut le 17 février 1889,

trois mois après l'opération, sans avoir jamais présenté le moindre signe de métastase viscérale secondaire.

A l'autopsie on découvrit quelques petits foyers de pneumonie lobulaire dans le poumon gauche. Les parois du cœur étaient minces et graisseuses. Le foie dans un état de congestion passive, et les reins étaient normaux. La tumeur semblait accompagner les vaisseaux fémoraux.

Obs. II. — Le second fait a trait à un malade de 48 ans, qui entra à Charity-Hospital le 9 mars 1889. — Quatre ans auparavant il avait vu survenir sur le prépuce des végétations qui ne tardèrent pas à envahir le gland. Ces tumeurs finirent par s'ulcérer et donnèrent lieu à une suppuration fétide. Au bout d'un an elles avaient envahi toute la verge. L'amputation fut pratiquée au niveau du pubis: et on établit une fistule périnéale par laquelle le malade urinait sans la moindre difficulté. Un an après l'opération, un des ganglions de l'aine droite commença à grossir et atteignit bientôt le volume d'un œuf de poule. La tumeur finit par s'ulcérer et donnait issue à une assez grande quantité de pus. Bientôt les bords de la plaie devinrent fongueux, et les fongosités atteignirent une longueur de 2 pouces et une largeur d'un pouce et demi. A l'heure actuelle (juillet 1889) la tumeur inguinale mesure près de 6 pouces de long (15 centimètres), 4 pouces (10 centimètres) dans sa plus grande largeur, et une épaisseur d'un peu plus d'un pouce. Elle s'étend parallèlement à l'arcade de Fallope, et à travers l'orifice de l'ulcération on aperçoit les tissus profonds d'une couleur noirâtre et gangréneuse. Le malade est dans un état de cachexie profonde qui indique une mort prochaine.

Le point le plus intéressant de ces deux cas est, dit le docteur Taylor, l'origine de la maladie sur des hommes âgés, l'un de 51 ans, l'autre de 44 ans, maladie développée sur ce qu'on avait considéré comme de simples végétations du pénis. Ces végétations étaient-elles bénignes dès leur début? A quel moment se sont-elles transformées en tumeur maligne? Il est absolument impossible de pouvoir le dire. Mais dans tous les cas les faits démontrent que leur transformation cancéreuse s'est effectuée de bonne heure. Chez le premier malade, la verge devint si volumineuse, si pesante, et ulcérée dans la région balano-préputiale en moins de trois années, que

l'amputation devint nécessaire, tandis que chez le second malade, plus jeune, le cancer envahit tout le pénis en moins d'une année. Les faits rapportés ici concordent d'ailleurs avec ceux de la plupart des auteurs : à savoir que l'affection devient menaçante au bout d'une période variant de un à trois ou quatre ans. En outre, on voit parfois des épithéliomas conserver un petit volume pendant des mois et même des années.

Indépendamment de ces points intéressants concernant le développement du néoplasme malin, ces deux faits contiennent un sérieux enseignement : c'est la tendance, que présentent les tumeurs simplement hyperplasiques ou inflammatoires, à revêtir un caractère malin, et cette tendance est plus accentuée à partir de l'âge de 40 ans. De ces faits résulte une indication très nette, lorsque le traitement palliatif ne guérit pas une balanite quelconque ; dans ces cas-là la circoncision s'impose, et lorsqu'il se trouve de simples végétations, on doit les enlever promptement et radicalement avant qu'elles aient commencé à subir la transformation cancéreuse (*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, juillet 1889).

3° De l'action toxique de l'acide chromique employé comme caustique. — Le docteur W. White, de Philadelphie, avait dans son service des vénériens une jeune femme présentant des papillomes développés sur les grandes et les petites lèvres et s'étendant vers le pubis et vers l'anus. La masse de végétations mesurait plusieurs pouces d'épaisseur. Au bout de deux semaines de traitement préliminaire, on pratiqua des cautérisations avec l'acide chromique ; on se servit de 15 grammes d'une solution contenant 6 grammes d'acide chromique pour 30 grammes d'eau. Après cette cautérisation, la malade passa une nuit très agitée ; elle demanda fréquemment à boire de l'eau. La soif persista toute la matinée sans fièvre, et les nausées survinrent. A 3 heures de l'après-midi elle devint pâle, les extrémités froides, se plaignait de douleurs dans l'hypocondre gauche, et redoutait une fin prochaine. La température axillaire était de 37,2. Elle mourut à 6 h. 30 du soir, vingt-sept heures après l'application de l'acide, et conservant son intelligence intacte.

L'autopsie fit découvrir sur la paroi de l'estomac des ecchy-

moses fines et nombreuses consécutives aux vomissements. Foie muscade. Les reins étaient le siège de congestion passive. la capsule s'enlevait facilement. La muqueuse vaginale était d'une couleur rouge sombre, et était couverte d'une matière jaunâtre, sans qu'on pût avoir la preuve que ce fût causé par l'acide.

L'examen chimique des viscères donna le résultat suivant: les reins et le foie contenaient du chrome, probablement du chromate de sodium, lequel est toxique à la dose d'un à trois grains (de 6 centigr. à 18 centigr.). Le grand droit de l'abdomen ne contenait pas de chrome. Il est probable que dans le cas actuel l'acide chromique s'était combiné avec le carbonate de soude du sang et avait formé du chromate de soude.

Les livres ne renferment aucune indication, pour mettre en garde contre le danger de se servir de l'acide chromique (*Journal of cut. and gen. ur. dis.*, août 1889).

A. RIZAT.

PRESSE ALLEMANDE

1° ORCHITE VARIOLIQUE. — M. CHIARI a examiné les testicules de quinze varioleux morts à Prague en 1886. Il y a reconnu déjà à l'œil nu des lésions qui, au microscope, se sont montrées fort analogues à la pustulation cutanée. Depuis, il a eu l'occasion de voir soixante-deux cas nouveaux, dont treize à la période d'éruption, vingt-huit à la période de suppuration, quatorze à la période de dessiccation, et sept après guérison de la variole; quarante-cinq fois les testicules étaient malades, et Chiari confirme ses descriptions premières. Sept fois il a trouvé des microcoques dans les foyers morbides ou autour d'eux; mais ces microbes ne sont pas pyogènes, et l'orchite variolique ne suppure jamais. Les masses nécrosées se résorbent, puis le tissu se régénère, et finalement toute trace du mal disparaît (1er Congrès de la société allemande de dermatologie, Prague, 1889, d'après *Wiener med. Presse*, 1889, n° 27, p. 1126).

2° Hydrocèle biloculaire intra-abdominale, par M. J. Schmidt. — Sur un homme de 30 ans une tumeur douloureuse se développa dans les bourses à la suite d'un coup, puis grossit peu à peu vers la cavité abdominale. Lorsque le malade fut examiné, il portait une tumeur scrotale droite, grosse comme une tête d'enfant; tumeur qui dans le décubitus dorsal diminuait de moitié, et par pression se réduisait plus encore. On sentait alors une sorte de frôlement du liquide que l'on réduisait. En même temps, la tumeur abdominale augmentait. Transparence, fluctuation. Par ponction on retira 3 litres et demi de sérosité citrine; lavage de la poche au sublimé. L'opération fut renouvelée dix-sept jours après, et finalement il resta au malade une tumeur dure, indolente, grosse comme une châtaigne, ne communiquant plus avec l'abdomen (*Ueber Hydrocele bilocularie s. en bissac*, in *Münch. med. Woch.* 1889, n° 20, d'après *Centr. f. Chir.* 1889, p. 647).

Même volume à peu près et même tumeur sur un homme de 49 ans observé par J. Lammert, et atteint depuis l'âge de 19 ans, à la suite d'un effort, d'une tumeur pour laquelle on avait à plusieurs reprises, sans succès d'ailleurs, tenté la réduction et l'application d'un bandage. La poche abdominale dépassait l'ombilic et empiétait sur la ligne médiane. Après ponction (3 litres de liquide) la poche fut fendue sur 15 centimètres de long et décortiquée. Suture. Guérison (*Beitrag zur Kasuistik der bilokulären intra-abdominalen Hydrocele*, in *ibid.*, n° 23; anal. *ibid.*, p. 646).

3° Corps étrangers uréthral et péripénien. — M. B. Eisler raconte d'abord l'histoire d'un garçon de 23 ans qui, sur le conseil d'un ami, traita une chaudepisse en s'introduisant dans l'urèthre une branche, polie extérieurement et forée intérieurement, d'un arbre spécial. Le corps étranger s'enclava et il y eut des accidents gangréneux. L'autre histoire, plus joyeuse, est celle de trois cochers de fiacre en goguette qui parièrent de faire passer leur membre viril à travers un écrou d'essieu. A l'un d'entre eux il arriva malheur, et Eisler dut scier l'anneau en deux endroits pour délivrer l'organe incarcéré (*Zur Kasuistik der Fremdkörper der männlichen Harnröhre*, in *Wien. med. Presse*, 1889, n° 32, p. 1284).

4° Pneumaturie, par M. F. Müller (de Bonn). — L'observation inédite, recueillie sur un malade de Feihlesen, est la suivante. Homme de 60 ans, bien portant jusqu'en 1873 ou 1874. A cette époque, les urines commencent à devenir troubles ; essai infructueux de diverses cures d'eaux minérales. Puis les mictions deviennent fréquentes. En 1884, on entreprend à Wiesbaden un traitement par l'électrisation, le résultat en fut de l'incontinence d'urine. Quelques mois après, le malade s'aperçut que l'urine était mêlée de bulles de gaz qui interrompaient le jet; ces émissions gazeuses, d'abord intermittentes, devinrent peu à peu de plus en plus fréquentes. En 1888, on lui trouve des mictions fréquentes, impérieuses, souvent involontaires ; vessie flasque, contenant 400 centimètres cubes d'urine stagnante; urine trouble, acide ; avec la sonde on fait sortir de temps à autre des bulles de gaz. Légère albuminurie. La recherche du sucre fut plusieurs fois négative; mais quand on examina de l'urine fràichement rendue, on y trouva de 0,6 à 2,5 p. 100 de sucre. Pour bien s'assurer qu'il ne s'agissait pas d'une fistule vésico-intestinale (qui est bien peu probable, vu la longue durée de l'affection), on a fait ingérer au patient des substances porphyrisées qu'on n'a jamais pu retrouver dans l'urine. Le gaz a été plusieurs fois recueilli dans un eudiomètre et l'analyse a été la suivante: pour le gaz frais :

CO^2	9,16	p. 100
O	0,00	—
H	57,31	—
CH^4	0,79	—
Az	33,52	—

Ce gaz ayant été conservé pendant 5 jours dans l'eudiomètre, au-dessus de l'urine, les chiffres ont été :

CO^2	19,80	p. 100
O	0,23	—
CH^4	0,086	—
Az	35,63	—

Ce gaz est inflammable. Il diffère considérablement du gaz extrait à la pompe de l'urine normale et analysé par Planer, Marin, Pflüger.

Muller, qui déjà a étudié et attribué à un micro-organisme l'*hydrothionurie* (voyez *Berl. kl. Woch.* 1887, n° 23; et Rosenstein, *Fortschritte der Med.* 1887), pense qu'ici aussi l'origine du mal est bactérienne. C'est aux dépens du sucre que se forme le gaz.

On trouve dans la littérature peu de renseignements sur ce point. Deux observations de Keyes (*Med. News*, 1882, 16 décembre), avec une autopsie; dans l'autre fait l'analyse (dont Keyes, il est vrai, ne garantit pas l'exactitude) n'a trouvé que de l'air atmosphérique. En 1883, Guiard (dont les lecteurs des *Annales* n'ont pas oublié le mémoire) a publié quatre observations et a admis qu'une fermentation est en cause; ses quatre malades étaient diabétiques (*Ueber Pneumaturie*, in *Berl. kl. Woch.*, 1889, n° 41, p. 889).

5° Excision de la vessie, par M. Brohl. — P. Pott fut le premier à réséquer la vessie dans une cystocèle et son opéré guérit; mais une tentative ultérieure de Roux fut funeste. Il faut arriver à une époque toute récente pour voir étudier attentivement la question. Les expériences de Gluck et Zeller (*Arch. de Langenbeck*, 1881), de A. Fischer (*ibid.*, t. XXVII), de Zvamensky (*ibid.*, t. XXXI) furent bientôt suivies des opérations faites sur l'homme par Sonnenburg (fibro-sarcome de la paroi antérieure), par Antal tumeur), par Schartz (tuberculose); les opérés de ces deux derniers chirurgiens ont guéri, mais jusqu'à présent on n'a pas pratiqué l'extirpation de toute la vessie et l'excision de toute sa muqueuse. Bardenheuer a donc chargé Brohl de publier quatre observations. La première, où l'issue a été fatale en quatorze jours, semble bien être une extirpation de presque toute la vessie : le manuel opératoire n'est à peu près pas indiqué. Il n'est pas dit exactement ce qu'il a été fait des uretères. Les trois autres faits sont des dissections de la muqueuse malade (une tuberculose et deux tumeurs diffuses), après mise au jour de la vessie par l'incision symphysienne de Bardenheuer. La muqueuse a été enlevée en totalité et les malades ont guéri. (*Die Extirpation des harnblase un die Totalexcision des Blasenhleimhaut*, in *Wien. med. Presse*, 1889, n° 27 et 28, p. 1105 et 1148.

6° Emploi de la créoline contre les cystites. — M. A. Schlesinger, dans une note sur l'emploi de la créoline, donne deux ob-

servations de cystite grave, chez des prostatiques, guérie par des lavages à la créoline (30 gouttes pour 500 grammes d'eau (*Wiener med. Presse*, 1889, n° 36, p. 1415).

7° CALCULS VÉSICAUX CHEZ LA FEMME. — M. ELISCHER a fait voir deux pierres qu'il a enlevées par la taille uréthro-vésicale à des femmes de 56 et 61 ans. L'ablation par l'urèthre dilaté avait été essayée sans succès. Suture. Réunion immédiate.

M. DOHRN (de Kœnigsberg) a présenté une pierre ayant pour centre une épingle à cheveux. Pas de commémoratifs sur le mode d'introduction du corps étranger. Le calcul avait ulcéré la cloison vésico-vaginale et faisait saillie dans les deux cavités. L'urèthre était ulcéré, en partie détruit, et, quelque temps après l'ablation du calcul, la cloison vésico-vaginale et l'urèthre furent reconstitués avec succès (Congrès de la soc. allemande de gynécologie, 1889. *Centralb. f. Gynökol.* n° 3).

8° CHIRURGIE RÉNALE. — Les résultats de la pratique de CZERNY ont été exposés par E. HERCZEL devant la 52ᵉ réunion des médecins et naturalistes allemands. Depuis 1878 les opérations ont été :

33 *néphrectomies* (sujet de 11 mois à 50 ans) avec 47 p. 100 de guérisons; *a*, 4 hydronéphroses, 1 seule guérison; *b*, 1 fistule uretéro-vaginale, guérison; *c*, tumeurs malignes, 1 adénome, 2 carcinomes, 9 sarcomes : 3 guérisons seulement, soit 25 p. 100, dont deux avec promptes récidives; *d*, abcès et tuberculose. 11 cas avec 9 guérisons (1 mort de septicité et par lésion de l'autre rein; *e*, lithiase, 5 cas avec 3 morts (hémorrhagie par un rein en fer à cheval : urémie; coma diabétique).

7 *néphrectomies* pour pyonéphroses; 2 morts; 4 néphrectomies secondaires, 1 guérison durable.

3 *néphrolithotomies*, 3 morts.

4 *pyélotomies* pour calcul. Deux fois seulement on a trouvé un calcul; deux fois il n'y en avait pas, et dans les deux cas la suture du bassinet échoua, d'où fistule et néphrectomie secondaire.

2 extirpations de *myxolipomes* colossaux de la *capsule adipeuse du rein*. Le rein put être respecté. L'opération fut faite par voie abdominale.

Enfin, une *néphrectomie partielle* faite avec succès pour une

rupture traumatique, huit mois après l'accident (*Ueber nieren operationen*, mémoire paru *in extenso* dans *Wien. med. Presse*, 1889, n° 42, p. 1641).

9° Sarcome de la capsule surrénale, par M. Berdach. — Homme de 55 ans. Opéré *in extremis*. Berdach n'avait pu déterminer l'origine de cette tumeur abdominale. A l'autopsie il trouva un sarcome primitif de la capsule surrénale. Il n'y avait aucun phénomène de pigmentation cutanée, ce qui d'ailleurs n'est pas rare. Berdach insiste sur la valeur diagnostique de l'hypothermie pour reconnaître les affections de la capsule surrénale. Des faits cliniques ont été publiés à ce point de vue, et Samuel a observé ce symptôme chez les animaux auxquels il a fait subir l'ablation de la capsule surrénale (*Ein Fall im primaren Sarkom der Nebenniere nebst einigen diagnostischen Bemerkungen* in *Wien. med. Woch.* 1889, n°s 11 et 12, d'après *Centr. f. Chir.* 1889, p. 643).

Dr A. Broca.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

I° Société de médecine de Paris.

Lithotritie d'un calcul urique chez un malade autrefois albuminurique ; guérison, par le docteur Dubuc (*Séance du 22 juin 1889*). — Un homme, actuellement âgé de 63 ans, avait été albuminurique en 1871 après le siège de Paris ; Barth l'avait examiné à cette époque et avait considéré sa situation comme très grave. Néanmoins, l'albumine avait disparu de l'urine après quelques mois de traitement et, depuis lors, la santé générale était restée bonne.

Depuis un an environ, il éprouve des symptômes très nets de calcul vésical ; en effet, l'exploration de la vessie avec la sonde

métallique permet de constater l'existence d'une pierre dure, aplatie, mesurant au moins 4 centimètres dans son plus grand diamètre. Avant de pratiquer le broiement de ce calcul, M. Dubuc veut s'assurer de l'état exact des reins: ceux-ci ne sont ni douloureux à la palpation, ni augmentés de volume. L'urine, examinée avec soin, contient par litre 25 grammes d'urée et seulement 26 centigrammes d'albumine ; encore cette dernière peut-elle être attribuée aux leucocytes et aux hématies que renferme l'urine ; pas de sucre ; peu de moules de tubes urinifères, très peu de bactéries.

Lithotritie sans incidents notables le 14 mai 1889 : la pierre est telle que l'avait montrée l'exploration avec la sonde. Le broiement, l'évacuation par les lavages à la seringue et l'aspirateur, et la vérification ont duré à peine vingt minutes. Les débris, finement pulvérisés, pesaient secs 12 grammes. — Sonde à demeure pendant trois jours pour permettre quelques lavages vésicaux avec la solution boriquée ; suites opératoires absolument apyrétiques. Le malade se lève le 5e jour et sort en voiture le 7e, sans ressentir aucune souffrance ; mictions normales comme fréquence ; urine claire et limpide.

M. Desnos dit que l'observation précédente vient à l'appui de ce fait que les affections inflammatoires anciennes du rein, disparues depuis un temps plus ou moins long, récidivent rarement sous l'influence d'une affection chirurgicale surajoutée, soit vésicale, soit uréthrale ; il n'en est pas de même des néphrites en cours d'évolution, pendant lesquelles on doit se garder autant que possible de toute intervention ; le mal de Bright est une contre-indication opératoire souvent très nette. tandis que la glycosurie est ordinairement indifférente.

Quant aux lésions des voies d'excrétion, aux uretéro-pyélites, elles sont loin d'être de nature à détourner d'une opération sur la vessie, et ces inflammations, entretenues par un calcul ou un rétrécissement, cèdent avec une merveilleuse facilité dès que la cause première a disparu ; toutefois, il ne faut pas que ces inflammations traversent une période aiguë.

M. Dubuc partage l'avis de M. Desnos et ce sont les considérations qu'il vient de faire valoir qui ont dirigé sa conduite dans le cas précédent. L'opération a marché aussi simplement que possible, et il n'y a eu d'autres accidents consécutifs que

ceux qui succèdent habituellement à l'administration du chloroforme (vomissements).

M. Duroziez constate que, malgré les craintes que l'on pouvait avoir, M. Dubuc s'est cependant assez facilement décidé à opérer, et son opération a réussi.

M. Dubuc répond que la petite quantité d'albumine trouvée dans l'urine pouvait ne pas venir des reins, car il y avait des leucocytes et des hématies. Un phénomène très rassurant, c'était la quantité d'urée (25 grammes par litre), ce qui prouvait bien que les reins n'étaient pas gravement atteints.

M. Abadie croit qu'il y a toujours un intérêt sérieux à opérer, puisque l'affection vésicale peut aggraver la lésion rénale.

II° Société des sciences médicales de Lyon.

Hydronéphrose du rein gauche consécutive a un rétrécissement de l'uretère, par le docteur Lemoine (*Séance de juin* 1889). — Les pièces présentées proviennent d'un jeune soldat de 24 ans, mort en quelques instants d'un œdème aigu de la glotte et qui, depuis cinq ans, avait été atteint à plusieurs reprises d'accidents très fugaces, consistant dans l'apparition spontanée d'œdèmes localisés, tantôt au bras gauche, tantôt à la paroi thoracique gauche. Quatre fois, il entra à l'hôpital avec le diagnostic: œdème de la glotte. Mais, ces derniers accidents, comme les précédents, avaient été tellement passagers qu'on ne constata jamais l'œdème de la glotte à la visite. Jamais le malade n'avait accusé la moindre douleur du côté des reins; jamais on ne rencontra la moindre trace d'albumine dans ses urines analysées à plusieurs reprises.

A l'autopsie, outre des lésions cérébrales et de l'appareil respiratoire, on trouve: 1° le rein droit un peu hypertrophié (190 grammes) et l'uretère droit sain; 2° le rein gauche, présentant une énorme dilatation du bassinet qui contient environ 115 grammes d'urine; cette poche incisée laisse voir un certain nombre d'autres cavités semblables, tapissées d'un tissu fibreux dense, communiquant avec la cavité du bassinet par des orifices de 2 à 3 centimètres et qui ne sont que les calices dilatés, du fond desquels on peut constater la présence des pyramides avec leur aspect rayonné. — L'uretère gauche, dilaté à sa partie

supérieure, présente à 3 ou 4 centimètres environ de son embouchure vésicale l'aspect d'un cordon fibreux, plein et dense, sans qu'on ait, en le pressant entre les doigts, la sensation d'un corps étranger inclus dans le canal de l'uretère.

Au microscope, le rein droit présente de la turgescence des glomérules et de la tuméfaction trouble des épithéliums des tubes contournés sans desquamation, indice certain d'un trouble suraigu dans les fonctions de ce rein, mais aucune trace de lésion ancienne. — Le rein gauche, dans sa portion corticale amincie et dans ses deux extrémités restées saines, n'offre pas de lésions inflammatoires, mais montre des signes de compression excentrique, ayant déterminé un certain degré d'atrophie de cette substance (tubes et glomérules diminués de volume, épithélium de revêtement légèrement aplati). Au niveau des pyramides on constate, autour des papilles, des faisceaux de fibres musculaires lisses, considérablement hypertrophiés: ceux-ci, continuant la couche musculaire de l'uretère, pénètrent dans la pyramide et, se dirigeant parallèlement aux tubes, vont former des faisceaux périvasculaires bien distincts de la tunique musculaire des vaisseaux et ne se perdent pas au milieu des tubes. Cette disposition rare, décrite autour des calices à l'état normal par Henle et Eberth, a été constatée principalement dans l'hydronéphrose par Jardet.

L'uretère, au-dessus du rétrécissement, n'offre à signaler qu'une notable hypertrophie de sa couche musculaire; au niveau de la partie oblitérée, la lumière du canal est comblée par une masse homogène mucoïde, et, autour de ce point, les éléments de la paroi atrophiés sont comme étouffés au milieu d'un tissu conjonctif dense, dont on voit les épaisses travées occuper presque toute la surface de la coupe. Il semble qu'il y ait là un tissu de cicatrice, indice d'un rétrécissement de l'urèthre. Quant à la portion intra-vésicale de l'uretère, elle présente une lumière très nette, mais notablement diminuée de volume.

M. Lemoine termine sa communication en insistant sur ce fait qu'il s'agissait ici d'une hydronéphrose *acquise*, et non d'une imperforation congénitale de l'uretère gauche; en outre, si le rein droit, suffisant en temps ordinaire grâce à son hypertrophie compensatrice, venait à subir quelque trouble fonctionnel sous l'influence du froid, de la fatigue, etc., les infiltrations

œdémateuses passagères et localisées se produisaient aussitôt.

M. H. MOLLIÈRE cite, à ce propos, l'observation récente d'une malade atteinte d'hydronéphrose du côté droit avec urines ammoniacales, chez laquelle une ponction faite par M. D. Mollière donna issue à un liquide coloré par du sang. A la suite de cette ponction, la tumeur s'est affaissée, la fétidité de l'urine a disparu, l'état général de la malade s'est amélioré. Mais l'avenir seul dira si la guérison sera durable.

III° Société anatomo-clinique de Lille.

1° LYMPHO-SARCOME DU TESTICULE, par M. VANBECELAERE (*Séances des 27 mai et 12 juin*). — Cette tumeur, opérée par M. Guermonprez, ne présentait rien de particulier au point de vue clinique; sa dureté considérable rendait cependant le diagnostic difficile. Les éléments du cordon avaient conservé leurs rapports réciproques, mais ils étaient englobés dans la tumeur sur une grande partie de leur étendue, et l'épididyme était méconnaissable. L'examen microscopique, pratiqué par M. Augier, a montré qu'il s'agissait d'un lympho-sarcome typique.

Mais le présentateur attire surtout l'attention de la Société sur le mode de suture qu'a employé M. Guermonprez après l'ablation de cette tumeur et qui a pour but d'empêcher les surfaces cruentées de se recroqueviller en dedans et les surfaces épidermiques de s'adosser l'une à l'autre, comme cela arrive si souvent, non seulement au scrotum, mais aussi aux paupières et dans les régions axillaire et inguinale. C'est tout simplement la suture dermique en cordons de bourse, analogue à celle de la colpopérinéorrhaphie, d'après le procédé de Lawson Tait. M. Guermonprez la pratique avec une aiguille d'Emmet ou un instrument du même genre.

2° TAILLE SUS-PUBIENNE CHEZ UN ENFANT DE 14 ANS POUR UN VOLUMINEUX CALCUL VÉSICAL, par les docteurs CHÉRIGIÉ et LANCIAL (*Séance du* 29 *mai* 1889). — L'enfant était atteint depuis l'âge de 10 ans d'une rétention d'urine qui revenait tous les quatre ou cinq jours; aucune douleur en urinant, mais de loin en loin, à intervalles très espacés, quelques symptômes passagers de cystite. Celle-ci, en août 1888, s'accentua; en même temps le

docteur Chérigié, appelé près du petit malade pour une nouvelle rétention, lui évacue la vessie avec la sonde sans rien constater d'anormal. En octobre, cathétérisme évacuateur tous les deux jours ; et le lendemain de chaque sondage, l'enfant urine seul et sans douleur. Le 12 octobre, on constate nettement la présence d'un calcul qui semble très volumineux et lisse. Le 15 et le 16, il est impossible de le retrouver, mais le 17 la sonde le rencontre à nouveau.

Taille hypogastrique le 19 octobre, pratiquée par M. Guermonprez avec l'aide de MM. Lancial et Chérigié. Distension du rectum avec le ballon de Petersen, et de la vessie avec une solution boriquée. Néanmoins, le cul-de-sac péritonéal est peu remonté, ce qui limite singulièrement la hauteur du champ opératoire. Après l'incision de la vessie, qui s'accompagne d'une hémorrhagie assez considérable, le doigt introduit immédiatement dans la plaie rencontre un calcul volumineux, lisse, en forme de galet, et impossible à extraire par la boutonnière vésicale. Celle-ci est prolongée jusqu'au pubis, car on ne peut inciser en haut, à cause du péritoine déjà refoulé par l'index. Malgré cette incision, on éprouve de très grandes difficultés à amener le calcul entre les lèvres de la plaie. Enfin, il est attiré au dehors à l'aide d'une petite pince à résection. Il a la forme d'un gros galet à surface lisse et glissante, pèse 40 grammes, mesure 48 millimètres en longueur, 35 en largeur et 24 en épaisseur : il paraît formé de phosphate de chaux. Après son extraction, le doigt, réintroduit dans la vessie, y constate l'existence d'un diverticule assez spacieux, situé à la partie supérieure gauche. — Sutures cutanées, après fixation des tubes de Périer : une éponge aseptique est placée sur la plaie et devra être renouvelée tous les quarts d'heure. — Le jeune opéré, après avoir présenté quelques accès fébriles, était rétabli trois semaines après l'intervention.

M. Lancial croit que, chez cet enfant, l'absence des symptômes ordinaires du calcul vésical tenait probablement à l'enchatonnement de la pierre dans la loge constatée à la partie supérieure de la vessie. Le calcul, qui y était fixé et comme séparé de la cavité vésicale, n'a déterminé pendant longtemps ni cystite, ni hématurie, ni interruption du jet, etc. Et si, dans les derniers temps, il a échappé à un cathétérisme explo-

rateur, malgré son volume, on peut admettre que la vessie le tenait caché dans un repli et qu'elle présentait la disposition *en portefeuille*, comme l'a appelée M. Guyon.

Quant à la difficulté notable de l'extraction, elle tenait d'abord au volume énorme et à la surface lisse du calcul, mais aussi au peu de relèvement du cul-de-sac péritonéal, qui ne permettait qu'une incision insuffisante de la vessie. Ce fait n'est pas rare chez les enfants, ainsi que l'a montré dernièrement M. Duret dans une leçon clinique.

3° TUBERCULOSE DU TESTICULE, par M. LÉPLAT (*Séance du* 17 *avril* 1889). — Un homme de 48 ans, sans soupçon de tuberculose héréditaire ou acquise, subit un gonflement passager du testicule droit, qui reste par la suite quelque peu augmenté de volume. Dans l'espace de deux mois, il se forme une fistule à la partie antéro-interne de la bourse droite : le testicule et l'épididyme deviennent douloureux et comme bourrés de noyaux durs, en même temps que le cordon s'épaissit. Le toucher rectal montre la vésicule séminale droite tuméfiée, bosselée et douloureuse. Rien aux poumons, ni au cœur.

M. Duret fait l'ablation du testicule malade. Celui-ci est entouré d'une masse fibreuse ayant acquis l'épaisseur d'un centimètre : à la coupe, il semble sain, quoique, à une inspection plus minutieuse, on aperçoive çà et là de petits noyaux indurés faisant hernie. Le canal déférent est indemne sur la plus grande partie de sa longueur. La tête et la queue de l'épididyme sont indurées et considérablement augmentées de volume. Leur coupe fait voir qu'elles sont remplies de pus et en pleine dégénérescence caséeuse sous forme de noyaux. Le tissu ambiant est devenu fibreux, l'albuginée épaissie.

IV° Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux.

1° TAILLE SUS-PUBIENNE POUR CATHÉTÉRISME RÉTROGRADE D'UN RÉTRÉCISSEMENT URÉTHRAL INFRANCHISSABLE, par le docteur PRINCETEAU (*Séance du* 29 *avril* 1889). — Un homme de 35 ans n'urinait depuis longtemps que goutte à goutte et très péniblement; les bougies les plus fines étaient arrêtées par un rétrécissement infranchissable, et toutes les tentatives déterminaient des accès

de fièvre intense. Par le toucher rectal, on constatait une augmentation de volume très considérable de la prostate. La cystotomie sus-pubienne permit de pratiquer le cathétérisme rétrograde et tout alla bien pendant quelques jours, puis les urines devinrent de plus en plus purulentes, et le malade succomba le 15e jour.

A l'autopsie, l'on trouva l'un des reins kystique et porteur de gros abcès à sa surface; l'autre rein était parsemé d'abcès miliaires. La prostate était creusée de loges purulentes et il y avait également un abcès du canal déférent. Enfin, les parois de la vessie étaient très hypertrophiées. En somme, en raison des abcès prostatiques et péri-prostatiques et de la pyélo-néphrite ascendante, on peut dire que le malade était mort à la fois de pyémie et d'urémie.

2° SONDE AYANT SÉJOURNÉ 23 JOURS DANS LA VESSIE, par M. AUDEBERT (*Séance du* 13 *mai* 1889). — Un homme de 37 ans avait eu en 1880 une blennorrhagie, laquelle avait déterminé un rétrécissement, d'abord traité par la dilatation progressive. Quelque temps après, il a l'urèthre rompu dans un accident : il avait donc deux rétrécissements, l'un inflammatoire dans la région bulbaire, l'autre traumatique à 8 centimètres du méat. Uréthrotomie interne l'année dernière et, depuis lors, le malade se sondait. A sa rentrée à l'hôpital, il raconte que, il y a 23 jours, venant de se sonder, il s'est endormi sans retirer la sonde et qu'à son réveil elle avait disparu dans l'urèthre. A l'aide d'une boutonnière périnéale, M. Baudrimont retire la sonde qui est incrustée de sels calcaires; mais par cette incision, on essaye vainement le cathétérisme rétrograde. On n'arrive à le pratiquer qu'en incisant, dans la région péno-scrotale, une virole de tissu cicatriciel de consistance cartilagineuse excessivement dure.

V° Société obstétricale et gynécologique de Vienne.

NOUVELLE OPÉRATION DANS L'INCONTINENCE D'URINE, par le docteur GERSUNG. — En 1883, M. Gersung reçut dans son service une jeune fille de 14 ans, qui, atteinte d'épispadias, avait depuis sa naissance une incontinence d'urine; après avoir fait sans succès deux opérations, le chirurgien eut l'idée de tordre l'urèthre

autour de son axe. Par une incision circulaire autour du méat, il disséqua l'urèthre, le tordit sur son axe, puis sutura la plaie circonscrivant le méat. Au bout de peu de temps, la jeune malade pouvait retenir pendant plusieurs heures jusqu'à 230 grammes d'urine lorsqu'elle était couchée ; dans la position verticale, l'incontinence se reproduisait. Trois semaines après la première opération, nouvelle dissection de l'urèthre dans une étendue d'un centimètre et deuxième torsion dans le même sens que la première ; consécutivement, il y eut le second jour un peu de rétention qui nécessita le cathétérisme. L'amélioration fut plus accentuée à la suite de cette deuxième intervention ; néanmoins, lorsqu'elle était debout, la malade perdait encore ses urines involontairement au bout de dix minutes environ.

M. Gersung fit une troisième opération au col et tordit l'urèthre de 180° autour de son axe, si bien que depuis le commencement le canal avait été tordu de 450° environ. Huit jours après cette troisième opération, couchée ou assise, la malade pouvait retenir l'urine pendant trois heures au moins ; pendant la marche, elle ressentait au bout de cinq minutes du ténesme, mais il n'y avait pas d'écoulement. L'état s'améliora de jour en jour, de sorte qu'actuellement la miction ne s'opère que toutes les cinq heures, dure quatre minutes au plus et expulse chaque fois environ 500 grammes d'urine.

Le chirurgien viennois croit que, par son procédé, on obtient une occlusion élastique, qu'on peut graduer suivant le degré de torsion et qui a lieu par suite du plissement de la muqueuse uréthrale. Cette opération lui semble indiquée dans le cas où le sphincter de la vessie fait défaut ou ne fonctionne pas : elle est plus facile chez la femme, mais elle pourrait donner également chez l'homme de bons résultats. La seule difficulté consiste à déterminer le degré de torsion auquel il convient de s'arrêter ; cette dernière ne doit pas être très forte, car il faut qu'on puisse introduire une sonde élastique sans trop de résistance.

Dr R. JAMIN.

REVUE D'UROLOGIE

I. SUR UNE CAUSE D'ERREUR DANS LA RECHERCHE ET LE DOSAGE DE L'ALBUMINE, par M. G. PATEIN (1). — On donne le nom d'*albumines* à une classe de matières albuminoïdes solubles dans l'eau, et dont les solutions ne sont précipitées ni par les acides très étendus, ni par les carbonates alcalins, ni par le chlorure de sodium, ni par l'acide platinocyanhydrique. Ce groupe comprend, au point de vue chimique, l'*albumine du blanc d'œuf* et la *sérine*, qui diffèrent par quelques propriétés, telles que le pouvoir rotatoire; de plus, l'albumine du blanc d'œuf est coagulée par l'éther, se dissout difficilement dans l'acide chlorhydrique concentré, tandis que la sérine n'est pas coagulée par l'éther et se dissout facilement dans l'acide chlorhydrique concentré.

Aux points de vue clinique et physiologique, la sérine et l'albumine peuvent être associées à une autre matière albuminoïde, l'*hydropisine* ou fibrine dissoute de Denis appartenant au groupe des *globulines*, matières albuminoïdes insolubles dans l'eau, solubles dans une solution étendue de chlorure de sodium, coagulables par la chaleur, solubles dans l'eau aiguisée d'acide chlorhydrique en se transformant en syntonines.

L'hydropisine, qui se trouve unie dans le sang à la sérine, se distingue de celle-ci en ce qu'elle est précipitable par le sulfate de magnésie, qui permet, d'ailleurs, de séparer ces deux principes.

Un certain nombre de procédés ont été donnés pour rechercher et doser les matières albuminoïdes.

Le procédé à l'aide de l'acide azotique est rapide et donne généralement d'assez bons résultats, il présente néanmoins cet inconvénient que, si l'on ajoute trop peu d'acide, la coagulation n'a pas lieu ou est incomplète. Si l'on en met trop, le pré-

(1) Voir *Annales des mal. des org. gén. ur.*, octobre 1889, p. 588.

cipité se redissout ; il peut, en outre, tromper sur la nature de l'albumine, comme on le verra plus loin.

Le réactif de Méhu peut également servir à la recherche et au dosage de l'albumine ; par ce procédé on n'obtient que 95 p.100 du poids de l'albumine brute, à cause de la faible quantité de sels retenus par le coagulum.

Le réactif de Tanret est fort sensible ; le précipité qu'il donne dans les liqueurs albumineuses ne se redisssout pas à chaud, il est également insoluble dans l'alcool, ce qui permet de distinguer l'albumine des peptones et des alcaloïdes.

Le dosage à l'alcool n'a que l'avantage de rendre certaines filtrations plus rapides.

Mais le procédé le plus généralement employé, soit comme recherche, soit comme dosage, est la coagulation par l'ébullition, en présence de quelques gouttes d'acide acétique.

Le mode opératoire est le suivant : le liquide est acidulé par l'acide acétique et abandonné pendant plusieurs heures, pour permettre au léger précipité qui s'est formé de se rassembler, puis il est filtré et porté à l'ébullition ; on jette le liquide bouillant sur un filtre Berzélius taré : on lave à l'eau acidulée bouillante, on fait sécher et on pèse. Ce procédé s'applique parfaitement à l'albumine de l'œuf, à la sérine et à l'hydropisine ; mais le liquide peut contenir une autre albumine, également coagulable par la chaleur, l'alcool, l'acide azotique, le ferrocyanure acétique, etc., présentant, en un mot, toutes les propriétés de la sérine, mais, s'en distinguant par cette différence, unique mais capitale, *de se redissoudre par l'addition de quelques gouttes d'acide acétique.*

C'est cette matière qui était contenue dans les urines qui ont été signalées par MM. Marsault (1) et Languepin (2), et il est bon de savoir que ces urines sont beaucoup moins rares qu'on ne pourrait le supposer ; M. Patein a constaté l'existence de cette albumine au cours d'un travail sur la composition des tumeurs, qu'il fait en collaboration avec M. le docteur Plicque, et pour lequel il réserve son histoire, n'ayant pour but, dans cette note, que de mettre en garde dans la recherche et le do-

(1) *Annales des mal. des org. gén. ur.*, mars 1888, p. 213.
(2) *Même recueil*, voir page 703 du présent numéro.

sage de l'albumine par l'acide acétique et la chaleur. En effet, dans l'essai qualitatif, en voyant le précipité dû à la chaleur dissous par une ou deux gouttes d'acide acétique, on pourrait être tenté de l'attribuer à des phosphates calcaires et de conclure à l'absence d'albumine; les dosages, dans les cas de mélanges d'albumines, seraient également faussés, l'albumine dont il est question ne se coagulant pas dans les conditions de l'expérience; mais cette matière est coagulée par l'acide azotique, partiellement à froid, complètement à l'ébullition, et, si elle se trouve mélangée, comme dans certains liquides, avec de la sérine et de l'hydropisine, on peut faire l'analyse quantitative de la manière suivante: dans une première partie de la liqueur, on dose l'hydropisine à l'aide du sulfate de magnésie; dans une seconde, la somme de l'hydropisine et de la sérine par l'ébullition en présence de quelques gouttes d'acide acétique; après quoi, l'on jette sur un filtre taré; et dans le liquide filtré, qui ne contient plus que la substance cherchée, on ajoute de l'acide azotique, et on complète la coagulation par l'ébullition.

M. Patein croit donc qu'il sera généralement nécessaire, après les recherches ou dosages de sérine par la chaleur et l'acide acétique, de s'assurer que le liquide filtré ne précipite plus par l'acide azotique et ne contient pas l'albumine qu'il a mentionnée, et on doit savoir que l'emploi de l'acide nitrique seul peut, dans certains cas, induire en erreur sur la nature et la quantité de l'albumine précipitée. En définitive, loin d'être en défaut, l'emploi de la chaleur et de l'acide acétique permet de constater la présence d'un corps non encore signalé, et ce fait peut avoir son importance, car l'albumine normale des urines est la sérine provenant du plasma sanguin, tandis que celle dont il est question a une origine différente, comme M. Patein le montrera dans le mémoire qu'il doit publier avec M. Plicque; aussi pense-t-il que, dans les recherches et dosages d'albumine on doit spécifier la nature du corps trouvé ; c'est ainsi que les urines signalées par MM. Marsault et Languepin ne contenaient pas la sérine qui existe dans l'urine des albuminuriques (*Répertoire de pharmacie*, 3e série, I, septembre 1889, 385).

II. Urine albumineuse non coagulable en présence de l'acide acétique, par M. Languepin. — M. Languepin a eu l'occasion

d'examiner une urine présentant l'anomalie signalée par M. Marsault (voir *Annales des mal. des org. gén. ur.*, VI, mars 1888, 213).

Cette urine était de couleur jaune pâle, légèrement acide; elle moussait par l'agitation. La chaleur seule produisait un abondant coagulum, soluble dans l'acide acétique; si l'on acidifiait cette urine, avant de la chauffer, avec une faible quantité de cet acide la chaleur était impuissante à produire le plus léger trouble.

L'acide azotique, le ferrocyanure de potassium et le tannin déterminaient un précipité insoluble à chaud, mais soluble dans l'acide acétique; le réactif Tanret seul donnait un précipité insoluble dans cet acide.

L'urine acidifiée par l'acide acétique, puis saturée de sulfate de soude et filtrée, se troublait fortement par la chaleur.

Le coagulum produit par la chaleur dégageait, quand on le chauffait fortement, une odeur de corne brûlée; l'acide chlorhydrique concentré le dissolvait en donnant une coloration rose qui devenait violette; enfin, il était soluble dans la potasse caustique.

Cette urine contenait du sucre. (*Répert. de pharmacie,* janvier 1889, 18).

III. Dosage de l'albumine dans l'urine, par M. Schaumann. — L'auteur dispose un tampon de coton dans un tube de verre convenable, et s'en sert pour recueillir l'albumine précipitée. Le précipité lavé est ensuite séché dans le tube en reliant celui-ci avec un aspirateur et faisant passer de l'air à la température de 100 à 110° C. Après deux heures, on pèse le tube et de même à une demi-heure d'intervalle jusqu'à ce que le poids soit constant (*Zeitschrift fur analytische Chemie,* XXVII, 635 et *Journal of the american Chemical Society,* X, n° 10, 197).

M. Boymond.

BIBLIOGRAPHIE

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES

par M. le docteur Desnos. — Octave Doin, 1890.

Depuis une vingtaine d'années que M. le professeur Guyon est à la tête du service des voies urinaires à l'hôpital Necker, de nombreux travaux ont été publiés, soit par lui, soit par ses élèves. Un de ses anciens internes, M. le docteur Desnos, a eu l'heureuse idée de réunir en un volume et sous une forme pratique les progrès réalisés dans ces derniers temps dans la chirurgie, le diagnostic et la thérapeutique des maladies des voies urinaires. Comme beaucoup de praticiens ne peuvent se procurer l'enseignement de M. Guyon, enseignement répandu dans des publications étendues, dans des monographies éparses, M. Desnos les a présentées sous une forme concise en y ajoutant le fruit de son expérience personnelle.

L'auteur s'est surtout attaché au côté pratique, et il donne la plus large place au diagnostic et au traitement, sans oublier cependant l'étiologie et l'anatomie pathologique, quand ces dernières lui ont paru indispensables à l'intelligence des symptômes et du traitement. M. Desnos pouvait présenter son livre au public sans recommandation : les nombreux travaux qu'il a déjà édités ont donné la preuve de son savoir. Il a cru néanmoins devoir le placer sous le patronage du maître éminent qui a dirigé ses premières études sur les voies urinaires ; c'est une double garantie pour l'excellence de ce travail.

Dr Delefosse.

OUVRAGES REÇUS

Recherches acoustiques sur les voyelles nasales, par le Dr Lœwenberg, Paris, 1889.

De la goutte chez la femme, localisation utérine, par le Dr Marboux, de Vittel, Paris, 1889.

Litotrissia et litolapassia, par le Dr Gustavo Usiglio. Trieste, 1888.

Traité élémentaire des maladies des voies urinaires, par le docteur Desnos.

Recherche du sucre dans l'urine au moyen de la liqueur cupro-potassique, par MM. Yvon et Berlioz, mémoire lu à l'Académie de médecine, 18 juin 1889.

Technique de l'électrolyse médicale, par le docteur Boudet, 1888, Félix Alcan, Paris.

Considérations générales sur les cardiopathies artérielles, par M. le docteur H. Huchard.

Le Rédacteur en Chef, Gérant : Dr DELEFOSSE.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 25015.

ANNALES DES MALADIES

DES

ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Décembre 1889.

MÉMOIRES ORIGINAUX

Hôpital Necker. — M. le professeur Guyon.

Traitement des prostatiques.

A aucune époque les services que peut rendre la chirurgie n'ont été plus grands. Grâce aux succès éclatants que nous réservent aujourd'hui les opérations, notre pouvoir ne cesse de s'étendre. Aussi, la thérapeutique chirurgicale cherche de plus en plus à prendre pour moyen principal la méthode sanglante. Nous pouvons en effet recourir à l'instrument tranchant avec le sentiment de la plus entière sécurité; il dépend absolument de nous d'en assurer le bénéfice à nos opérés. Aussi bien au cours de l'opération que dans ses suites, nous savons conjurer les dangers auxquels il les exposait naguère.

Plus que tous autres, les chirurgiens de la génération à laquelle j'appartiens doivent reconnaître et proclamer la puissance et les bienfaits des méthodes nouvelles. Ils ont vu des hommes éminents, qui ont été leurs maîtres, donner aux études cliniques et à la médecine opératoire l'impulsion décisive qui les a portées si haut et, malgré ces progrès,

ils ont continué à être les témoins de leurs insuccès opératoires. Eux-mêmes ont tout d'abord subi de lamentables échecs. Plus heureux que nos devanciers nous assistons à la renaissance opératoire et nous vivons enfin dans une quiétude que nous avions craint de ne jamais connaître. Associés au mouvement moderne nous avons à en seconder la salutaire évolution.

Mais si tel est notre devoir, si tel doit être notre rôle, il nous appartient de ne pas oublier ce que peut la thérapeutique non sanglante et de le rappeler toutes les fois qu'il nous paraît nécessaire. C'est ce que je crois devoir faire en vous parlant, une fois encore, du traitement des prostatiques.

Les services que la thérapeutique non sanglante rend à cette catégorie de malades sont considérables, les ressources dont elle dispose, nombreuses et importantes; personne ne peut le méconnaître, car chacun a pu, dans bien des cas, s'en rendre compte.

Cependant, des chirurgiens de grand mérite s'autorisant des succès opératoires qu'il est maintenant si facile d'obtenir, se sont demandé si l'on ne pouvait rendre aux malades dont nous nous occupons, de plus grands services. Ils ont tenté de substituer la cure radicale au traitement palliatif; ils espèrent que l'intervention chirurgicale supprimera les difficultés et pourra même écarter les dangers que les méthodes ordinaires ne font pas toujours éviter.

On ne saurait contester l'intérêt de ces tendances. Elles ne peuvent néanmoins devenir légitimes qu'à deux conditions. Il faut qu'avant de passer outre, le chirurgien ait réellement mis en œuvre tous les moyens dont dispose la thérapeutique non sanglante; il faut aussi que l'intervention, ainsi justifiée, permette d'obtenir des succès thérapeutiques, que les méthodes ordinaires eussent été impuissantes à donner.

L'absence d'accidents opératoires, le prompt et facile rétablissement des opérés ne sauraient suffire; la maladie doit être heureusement modifiée ou véritablement guérie.

Les cas d'intervention livrés à la publicité sont déjà fort nombreux; il semblerait logique de les examiner dès maintenant à ce point de vue. Je n'aborderai cependant pas ce côté de la question (1). Désireux de ne préjuger en rien de la valeur du traitement opératoire, je ne tiendrai même pas compte des tentatives qui me sont propres. Je me bornerai à passer en revue les conditions qui régissent l'application du traitement non sanglant chez les prostatiques, les moyens dont il dispose et les résultats qu'il assure. Lorsque nous saurons jusqu'où il nous est ainsi possible de parvenir, nous aurons un point de départ défini. Si nous jugeons qu'il est de l'intérêt de nos malades d'aller au delà, c'est en toute connaissance de cause que nous nous adresserons à la méthode sanglante. Nous aurons satisfait à la première des conditions qui nous sont imposées et acquis le droit d'agir. Plus on attend de nous et plus nous devons prendre pour guides les principes qui dirigent l'application de notre art.

I

En parlant des malades qui nous occupent, j'ai coutume de les désigner sous la dénomination de prostatiques. Lorsque j'ai étudié l'affection dont ils souffrent, j'ai cru devoir la qualifier en la décrivant sous le nom de : Prostatisme.

J'ai voulu ainsi montrer que l'hypertrophie de la prostate ne suffisait pas pour la classifier. Sans doute, et cela a été bien démontré, l'augmentation de volume de la glande joue un rôle qui peut être prépondérant. Mais on se placerait à un point de vue bien limité si l'on s'en tenait à cette constatation. Les modifications que subit la prostate ne se produisent jamais isolément. Aussi faut-il, pour qu'elles se constituent, deux conditions qui l'une et l'autre sont, à

(1) Elle va prochainement être exposée dans tous ses détails dans la thèse inaugurale de l'un de mes internes.

mon avis, inéluctables. Il faut, comme on l'a dit et répété avec juste raison, l'âge. C'est la fameuse cinquantaine. Mais il faut encore qu'aux années s'ajoutent les lésions qui les font effectives. La signature de l'athérome est nécessaire. Le quinquagénaire non athéromateux ne devient pas prostatique, et bien que ceux-ci soient légion, tous les hommes âgés ne figurent pas, tant s'en faut, dans leurs rangs.

Les lésions de l'athérome atteignent simultanément les reins, la vessie et la prostate, elles s'y répartissent plus ou moins également. Selon qu'ils prédominent dans l'un ou l'autre de ces départements, le prostatisme peut surtout affecter les reins, la vessie ou la prostate elle-même.

Les lésions vasculaires initiales qui ralentissent la nutrition des tissus et les modifient, aboutissent de bonne heure à la congestion. La stase sanguine trouve des adjuvants ou des occasions de se produire dans certaines conditions qui ressortissent de l'hygiène et de l'alimentation, mais qui s'accusent particulièrement par le décubitus et le sommeil. Aussi avons-nous constaté et démontré que les prostatiques sont polyuriques, mais qu'ils ne le sont que la nuit, et chacun sait que les premières manifestations véritables du prostatisme sont nocturnes.

Sans pousser plus loin cette incursion dans la physiologie pathologique, et dans la pathologie, je vous rappellerai encore que ces malades franchissent trois étapes avant d'arriver à la plus haute expression de leur état morbide. Il y a donc des périodes, et l'on ne saurait en faire abstraction pour les indications du traitement. Elles en dominent absolument le mode, elles règlent ses applications. Il nous sera facile de le démontrer.

Dans la première période les accidents sont purement congestifs. Il y a des fréquences nocturnes des érections, des retards dans l'issue de l'urine et, bien entendu, de l'affaiblissement du jet. Tout cela s'atténue ou disparaît complètement pendant la journée, et plus particulièrement sous l'influence de la promenade. La cessation du sommeil et la

mise en activité semblent chaque jour amener la guérison. Chez les sujets de cette catégorie, il y a des troubles de la miction, de la polyurie nocturne, mais pas de rétention. La vessie se vide, elle tourmente, mais ne rend pas malade.

Dans la deuxième période, la rétention apparaît. Elle peut être aiguë et complète, ou lentement établie et incomplète. La vessie encore capable d'un certain degré de travail actif ne se laisse pas distendre. C'est tout ce qu'elle peut faire; elle n'expulse que partie de son contenu, et ne se vide plus. Dans ces cas, la santé commence le plus souvent à se troubler, et déjà c'est du côté de l'appareil digestif qu'il faut chercher les témoignages de son altération.

Dans la troisième période enfin, la rétention est poussée à l'extrême. Elle est cependant incomplète, mais la vessie subit d'énormes distensions. Elle a peu à peu cédé, n'est plus contractile, et ne renvoie que son trop-plein. L'élasticité de son tissu est seule en jeu, et le regorgement qui s'opère est tout à fait involontaire. Il détermine l'incontinence vraie. Dans ces cas, la santé est vraiment compromise. Ce n'est pas par des accidents fébriles, car la rétention évolue sans que la température s'élève; elle demeure apyrétique tant que ne s'y ajoutent pas d'autres éléments capables de modifier cette situation. Ce sont les troubles de la digestion et ceux de la nutrition qui dominent la scène, ils peuvent, il n'est pas inutile d'y insister, être très profonds.

C'est ainsi qu'évolue en général le prostatisme. Mais je ne vous maintiendrais pas en face des réalités pratiques, si je n'ajoutais que la succession des périodes n'est pas fatale. Il est des malades qui ne dépassent pas la première, d'autres qui s'arrêtent à la seconde et enfin un certain nombre semblent arriver d'emblée à la troisième. Quelle qu'ait été la marche de l'affection, il n'en demeure pas moins que l'exacte appréciation de chacune de ses formes cliniques est la condition primordiale de l'application rationnelle du traitement.

Ces types morbides ont un lien commun : l'état congestif.

Ce n'est pas seulement un département de l'appareil urinaire qui le subit, chacun d'eux y est soumis. Dès la première période, sous la double action du décubitus et du sommeil, qui, chose fort intéressante, ont besoin de s'associer pour agir, le prostatique a non seulement des fréquences de la miction, des difficultés initiales pour l'accomplir, des érections nocturnes, mais il est polyurique, et, comme je viens de vous le dire, polyurique pendant la nuit. Les reins sont donc en cause. Modifiés eux aussi par l'artério-sclérose, ils subissent au même titre les troubles fonctionnels que détermine la congestion du décubitus associé au sommeil.

La rétention vient tôt ou tard s'ajouter à la congestion, et rendre plus complexe encore la situation du prostatique.

Aux indications fournies par la congestion, s'ajoutent celles que crée la réplétion de la vessie. Il faut y satisfaire d'autant plus prochainement que sa tension augmente notablement la congestion de la prostate, celle des reins, et celle de la vessie elle-même.

Si l'introduction d'instruments n'était pas indiquée dans la première période, elle s'impose dès lors. C'est en venant efficacement au secours de la vessie, que l'on protège les uretères et les reins. Aussi ai-je coutume de qualifier la vessie du titre de gardienne des uretères. Elle continuera à le mériter, grâce à l'emploi méthodique du cathétérisme. Les prescriptions médicales et hygiéniques qui, seules, sont de mise dans la première période, ne sont pas périmées. Il faut en continuuer très régulièrement l'usage. Associées au cathétérisme, elles contribuent à empêcher le prostatique de dépasser la deuxième période; employées seules pendant la première, elles peuvent l'y maintenir.

Mais lorsque l'on arrive à l'introduction des instruments, une nouvelle obligation s'impose. Sous peine d'accidents, il faut rigoureusement employer les précautions antiseptiques.

Nous avons déjà dit la solidarité pathologique créée par

la congestion entre les différentes parties de l'appareil urinaire. Cela seul est une condition déjà favorable à l'invasion microbienne. Vienne la rétention aiguë prolongée, ou la rétention chronique tardivement combattue, et en particulier la rétention incomplète avec distension, la réceptivité s'accroîtra en proportion directe de la durée et du degré de la rétention. Les contaminations ne s'arrêtent plus alors à la vessie, les uretères sont bientôt envahis et franchis, le rein est infecté. Et cette infection prend possession d'un terrain déjà pathologique, où la sclérose et la congestion règnent depuis plus ou moins longtemps. De là la gravité souvent si extrême, la rapidité quelquefois foudroyante, des accidents qui succèdent au cathétérisme.

Il est d'autant plus nécessaire de le savoir, de ne jamais l'oublier, qu'abandonné à lui-même, le prostatisme évolue aseptiquement.

Sans doute quelques observations nous montrent que la vessie peut suppurer avant toute introduction d'instruments, qu'il en est ainsi des reins. Je les ai recherchées avec soin et j'en ai recueilli. Mais dans la très grande majorité des cas, il n'est pas douteux que du cathétérisme date une période nouvelle. A l'état aseptique se joint l'état septique. Aux lésions qui peu à peu modifiaient les organes urinaires et en particulier les reins, s'ajoutent celles qui sont la conséquence de la contamination. Celles-ci peuvent d'ailleurs évoluer, elles aussi, selon le mode graduellement progressif des états chroniques. Elles aboutissent par de lentes et incessantes destructions à l'anéantissement successif de la résistance organique, en troublant de plus en plus la nutrition. Elles déterminent cet état que j'ai appelé la cachexie urinaire : cachexie que vous verrez évoluer sous deux formes aussi sûrement mortelles l'une que l'autre : la forme aseptique et la forme septique.

Si leur aboutissant est commun, les étapes que les deux états cachectiques permettent de parcourir peuvent être et

sont le plus souvent singulièrement raccourcies, lorsque l'infection entre en scène. Nous l'avons dit tout à l'heure sous une autre forme : ces étapes peuvent même être brûlées.

Ainsi, pour instituer le traitement des prostatiques vous devez être guidés par le diagnostic régulièrement établi du degré de l'état morbide, autrement dit de la période à laquelle il se présente à votre observation ; s'il doit être chirurgical, vous ne l'entreprendrez qu'en recourant à l'usage consciencieux de l'antisepsie.

Ce n'est pas tout. Nous n'avons en effet envisagé, jusqu'à présent, que les indications fournies par l'évolution normale, bien que nous vous ayons mis en garde contre l'une des causes qui la peuvent modifier, nous n'avons pas encore parlé des accidents que le chirurgien a souvent à combattre. Avant d'entrer dans le détail des moyens dont vous disposerez pour appliquer le traitement, nous avons à indiquer les complications qui surgissent.

Elles sont de deux ordres, inflammatoires ou dynamiques et purement mécaniques. Les premières peuvent atteindre l'urèthre, la prostate, la vessie, les reins, les secondes se rencontrent dans l'urèthre et la prostate. Cette énumération suffit pour faire prévoir que de là découle une série d'indications nouvelles que nous aurons à apprécier et à satisfaire. Occupons-nous tout d'abord de celles dont je vous ai, avec insistance, montré la source. A celles-là vous aurez toujours affaire.

II

Le traitement de la première période est hygiénique et médical. Il ne saurait sans inconvénient être chirurgical. L'introduction des instruments n'est en rien justifiée. Il n'y a pas d'urine à évacuer et chacun sait que chez les prostatiques le canal n'a pas besoin d'être élargi. Il n'en est autrement que dans les cas ou le prostatisme s'établit chez

un rétréci. Cette exception mise à part, aucune raison n'autorise à agir mécaniquement. Que certains malades n'en souffrent pas, qu'il y en ait même qui déclarent s'en bien trouver, je n'y contredis pas. Cela prouve simplement que toutes les fautes de pratique ne sont pas punies et qu'il est dans l'instinct des malades d'accorder, quand même, une importance spéciale à tout ce qui, agissant localement, semble directement s'adresser au mal. Aussi vont-ils facilement jusqu'à l'illusion. Ce qui est certain, c'est qu'en procédant de la sorte, vous risquez, sans aucune compensation, l'inoculation de la vessie. Je dis sans aucune compensation,car lorsqu'elle a besoin d'être évacuée, vous avez du moins mis à l'actif du malade la préservation que lui assure la cessation de la retenue de l'urine. Je n'insisterais pas, je ne ferais aucune de ces réflexions, si je ne savais que le précepte que je formule et que j'appuie sur l'exacte connaissance de la physiologie pathologique de cette période du prostatisme, est de ceux que l'on n'observe guère. Il est si simple de se laisser guider par un raisonnement dont la logique est à la portée de tous ; de conclure que puisque la miction s'opère péniblement, il faut rendre plus libre la voie que l'urine ne parcourt qu'avec plus ou moins de peine. On comprend aisément que l'on prenne facilement le change. Il est tout aussi simple, il est vrai, d'analyser les symptômes et de s'assurer par la combinaison du toucher rectal et du palper abdominal que la vessie est vide. Mais, pour agir ainsi, il faut avoir l'expérience ou avoir été prévenu. C'est pour cela que je me suis cru permis de retenir autant votre attention sur ce point.

Les ressources du traitement médical et hygiénique ne sont pas, tant s'en faut, illusoires. Si le malade peut tout d'abord penser que les prescriptions que vous lui ferez dans ce sens, masquent votre impuissance à agir plus efficacement, il ne tardera pas à être détrompé. Mais pour qu'il en soit ainsi, ne vous laissez pas aller à banalement poursuivre un symptôme; soyez guidés par l'exacte connaissance des

phénomènes qui vous permettent de remonter jusqu'à l'influence causale. C'est la congestion dont vous avez à débarrasser le malade, c'est la lésion athéromateuse que vous avez à modifier ou tout au moins à enrayer. Ne tombez donc pas dans la faute aussi souvent commise que celle qui conduit à l'introduction des instruments ; ne prescrivez pas des narcotiques, portés ou non dans le rectum, pour combattre la fréquence de la nuit. Vous arriveriez probablement à éloigner les besoins, mais vous les rendriez plus difficiles à satisfaire. Vous favoriseriez l'accession à la seconde période, c'est-à-dire à la rétention. Ne vous laissez pas davantage entraîner à prescrire les boissons abondantes ou supplémentaires. Les malades vous inviteront à leur indiquer les tisanes qu'ils doivent ingurgiter ou les stations d'eaux où il convient de se rendre. Ni les unes ni les autres ne sont indiquées dans cette première période, où la vessie ne sécrète pas, où les urines restent normales comme composition et augmentent d'abondance pendant la nuit. Vos malades, loin d'être poussés à boire, seront invités à ne rien prendre entre leurs repas.

Vos prescriptions doivent viser l'alimentation, les fonctions de la peau, celles du tube digestif. Ce n'est pas trop de cet ensemble pour agir contre les tendances congestives. Vous connaissez les fâcheux effets du décubitus uni au sommeil, à coup sûr il ne vous est pas permis de les supprimer. Mais vous pouvez en réduire la durée. Je vous disais tout à l'heure de ne pas narcotiser vos malades, vous voyez qu'il faut même songer à limiter leur sommeil. N'accordez que sept à huit heures de lit ; demandez que la journée soit coupée par des promenades courtes et répétées et que les moments qui précèdent le coucher soient consacrés à de l'exercice que l'on prendra dans l'appartement ou au dehors suivant les saisons. Les prostatiques doivent en effet se précautionner contre les refroidissements et cependant ne pas redouter le grand air. S'il est nécessaire de ne pas prolonger la position assise, cette précaution s'impose

particulièrement à propos des repas. Leur prolongation est à éviter aussi bien que leur abondance ou leur trop grande recherche. Vous agirez sur la peau surtout à l'aide de frictions sèches. Elles doivent être quotidiennes et réparties sur toute la surface du corps, on agit particulièrement sur le ventre et les reins ; les bains tièdes alcalinisés compléteront les effets des frictions. Mais à l'âge du prostatisme, avec les dispositions congestives que lui font cortège, vous ne pourrez ni trop répéter ni prolonger la balnéation. Un quart d'heure de durée une ou deux fois la semaine, quand l'état de la santé et celui de la température le permettent, telle nous paraît être la mesure.

Il va sans dire que l'exonération journalière et complète du tube digestif est chose essentielle. Mais ce ne sont pas seulement les fonctions du gros intestin, ce sont celles du tube digestif tout entier qu'il convient de favoriser. Le choix judicieux des aliments et des boissons, l'emploi de substances telles que les préparations amères et en particulier de celles qui agissent sur la contractilité comme la noix vomique, vous viendront fort utilement en aide. L'action sur le gros intestin comporte surtout l'usage des lavements, toujours utiles chez les prostatiques, et s'il est nécessaire des minoratifs salins ou huileux.

Ainsi, vous le voyez, vous aurez à entrer, pour ainsi dire, dans l'intimité de la vie de votre malade. Il n'est aucun point qui échappe entièrement à votre direction ; pour qu'il soit efficace, votre pouvoir doit être discrétionnaire. Par cela même une grande mesure vous est imposée. Modifiez, aussi largement que nécessaire les habitudes, mais ne cherchez pas à les révolutionner. Un homme âgé ne peut complètement changer sa manière de vivre, l'y obliger serait dépasser le but.

Il n'est qu'un point à propos duquel l'intransigeance me paraît de mise. Les fonctions sexuelles ne méritent aucun encouragement. Il leur serait, il est vrai, fort nécessaire et c'est précisément pour cela qu'il est indiqué de les laisser

s'éteindre. Les érections nocturnes ne sauraient créer d'illusions; elles ne sont plus que les avant-coureurs du besoin d'uriner. C'est donc à la vessie seulement que les prostatiques doivent obéir; ne pas résister au besoin d'uriner est une des règles fondamentales de leur hygiène.

Les retards qu'imposent les habitudes ou les convenances sont toujours préjudiciables. Si nous ne le savions, les malades nous apprendraient qu'ils urinent d'autant moins bien qu'ils ont attendu davantage. C'est souvent après les attentes prolongées qu'imposent certains repas, ou les voyages, après un sommeil de longue durée, que survient la première rétention.

Il n'est pas douteux que le gonflement congestif de la prostate ne soit la cause de ces difficultés ou de cette impossibilité. Nous en avons la preuve expérimentale par le cathétérisme. Il est arrivé bien souvent que l'introduction de l'instrument, difficile ou impossible avant la première évacuation, devienne ensuite très simple. L'étude du traitement de la seconde période nous montrera d'ailleurs que la miction se rétablit fréquemment après un ou plusieurs sondages. Et pour ne pas empiéter sur ce que nous allons tout à l'heure avoir à dire, il suffit de comparer la facilité de la miction le jour et ses difficultés de la nuit pour conclure. Cela devient de toute évidence si l'on constate que la miction diurne se fait d'autant mieux que l'on a pris du mouvement et que la miction nocturne est d'autant plus gênée que le décubitus et le sommeil se prolongent davantage.

Un autre facteur intervient cependant, c'est la contractilité. Alors même que les prostatiques urinent dans les meilleures conditions, leur jet est certainement affaibli. Rien de plus classique que cette constatation et que les expressions qui la consacrent. Je ne vous répéterai pas qu'ils pissent sur leurs bottes, j'aime mieux vous donner une preuve bien décisive de cette diminution de la force musculaire de la vessie. Vous voyez parfois entrer dans nos

salles des gens âgés qui présentent tous les symptômes du prostatisme arrivé à la deuxième période. Soumis à l'exploration du canal, toujours systématiquement faite dans mon service avant de tenter l'évacuation, ils sont reconnus atteints de rétrécissements souvent fort serrés. Jamais cependant ils n'avaient eu jusqu'alors à se préoccuper de la façon dont ils urinaient. Tant que la vessie avait pu lutter contre l'obstacle, la miction s'était régulièrement accomplie. Ces cas sont bien faits pour montrer le rôle prépondérant de la vessie dans l'urination. C'est ce que j'ai l'habitude de traduire en disant : que l'on n'urine pas avec son canal mais avec sa vessie. S'il importe de connaître cette vérité pour comprendre la physiologie normale, il est bien plus nécessaire de ne pas l'oublier lorsque nous nous trouvons en face de phénomènes qui relèvent de la physiologie pathologique.

C'est surtout dans la troisième période que nous aurons à compter avec les modifications de la contractilité. Mais il importe dès la première de s'en préoccuper. A vrai dire, cependant, les médications qui visent directement le muscle vésical n'ont pas fait assez leurs preuves pour que l'on puisse en attendre un secours sûrement efficace. L'ensemble du traitement offre certainement plus de garanties, même à ce point de vue, que ses particularités. Aussi ai-je coutume de ne guère dépasser la prescription des strychnées, du seigle ergoté ou de l'ergotine, des lavements froids, des frictions stimulantes sur le ventre et les reins. Je ne suis pas la pratique souvent préconisée des irrigations froides dans la vessie. Leurs avantages ne m'ont jamais été démontrés, tandis que je sais la mauvaise influence du froid sur la vessie et que j'ai constaté l'inutilité et les inconvénients de l'introduction des instruments au cours de la première période. Je ne pousse cependant pas la crainte du froid jusqu'à la proscription des lavements pris à la température de la chambre. Ils rendent certainement service au rectum, s'ils sont pris régulièrement, aux mêmes heures, et leur influence réflexe sur la vessie s'exerce sans lui nuire. C'est

en effet à cette stimulation à distance qu'il faut s'en référer. C'est ainsi que l'habitude quotidienne ou bi-quotidienne de lotions froides sur les organes génitaux, le périnée, l'anus et la moitié inférieure du ventre est à recommander toutes les fois qu'une contre-indication tirée de certaines susceptibilités de la santé n'y met pas obstacle. L'action à distance du froid sur la contractilité de la vessie, a de tout temps été constatée. Aussi lisons-nous dans les anciens le conseil de descendre dans la cave ou de se tremper les mains dans l'eau froide pour favoriser la miction.

Le traitement médicamenteux de l'athérome est la seule partie de notre sujet que nous n'ayons pas abordée. L'opinion des médecins les plus autorisés est trop affirmative pour que nous négligions de recourir aux iodures et en particulier à l'iodure de sodium. C'est donc à titre de médicament vasculaire et non pour obtenir une diminution de volume de la glande prostate, qu'il ne saurait donner, que vous le prescrirez. Il convient de l'administrer à petites doses de 20 à 40 ou 50 centigrammes au plus dans les vingt-quatre heures et d'en continuer l'emploi pendant une longue série de mois. C'est au moment des repas qu'il est le mieux toléré.

III

Le traitement de la deuxième période est forcément chirurgical, l'évacuation de la vessie par le cathétérisme est en effet nécessaire; mais il ne peut cesser d'être médical. Le cathétérisme vient résoudre une difficulté, conjurer un accident, qui sans son secours deviendrait fort grave; mais il ne saurait suffire aux indications multiples créées par le prostatisme. C'est un des éléments du traitement, ce n'est pas tout le traitement.

C'est cependant un élément essentiel sur lequel vous pouvez entièrement compter, et qui sera certainement préservateur s'il est convenablement utilisé. Bien grand est le nombre des hommes âgés que la régulière évacuation

de la vessie par la sonde fait vivre. Je donne en ce moment des soins à deux prostatiques dont l'un a sonné il y a quelques semaines sa centième année et l'autre arrive à sa quatre-vingt-treizième. Ils jouissent de la plénitude de leur santé physique et intellectuelle, et vivent de la vie commune. J'ai conseillé au premier de recourir au cathétérisme il y a vingt-deux ans, le second n'est sondé que depuis trois ans. Les exemples d'hommes ayant eu recours à la sonde pendant un grand nombre d'années sont fort communs. Tout médecin en observe et tous constatent que c'est assez souvent d'une affection fort étrangère à celle qui a pour siège l'appareil urinaire, que ces malades succombent. Il faut pour cela se conformer à des conditions qu'il importe de préciser.

La première des conditions nécessaires au maintien de la santé chez un prostatique, c'est que la vessie puisse non seulement chasser l'urine au dehors, mais qu'elle se vide complètement. C'est parce qu'il en est ainsi pendant la première période que l'état général n'est pas troublé. Mais vienne l'évacuation incomplète, et des modifications qui portent tout d'abord, ainsi que je vous l'ai déjà dit, sur les fonctions digestives, ne tardent pas à se montrer. Pour rendre à ces malades l'appétence et la faculté de bien digérer, il faut les sonder.

Mais ce n'est pas seulement à cela que se bornent les résultats du cathétérisme. Son utilité ne s'affirme pas seulement pendant la période où le prostatisme évolue aseptiquement, elle est plus évidente encore lorsque la contamination s'est produite. Nous avons tous entendu dire que la lance d'Achille guérissait les maux qu'elle avait produits. Il ne m'appartient pas de rechercher ce que cet instrument peut avoir de commun avec la sonde. Mais je puis vous prouver par les exemples les plus multiples que c'est seulement à la condition d'évacuer souvent, d'évacuer complètement la vessie, que l'on arrive à limiter la contamination à sa cavité, à l'empêcher de franchir les uretères, de gagner les

reins. Et lorsqu'elle s'est ainsi étendue, c'est encore à l'emploi méthodique et régulier de l'évacuation artificielle que sont dues les atténuations des symptômes, voire même leur réduction à un silence qui équivaudrait à la guérison véritable, s'il ne devait être d'une durée quelquefois limitée, mais souvent aussi fort prolongée.

Ainsi s'explique l'immunité de ces sujets qui ne se soumettent ni à l'antisepsie, ni même à la propreté la plus vulgaire, qui portent leur sonde sous le cuir de leur chapeau, la plongent à même dans leur poche et qui, pour tout simplifier, la passent en pleine bouche avant d'en faire usage, pour largement l'enduire avec leur salive. Ils introduisent à tout instant des organismes pathogènes dans leur vessie, mais ils les expulsent tout aussi régulièrement. Ils empêchent surtout de s'établir la condition qui favorise au plus haut point la propagation au delà de la vessie, c'est-à-dire la distension; ils s'opposent aussi à ces stagnations qu'entretient dans le bas-fond un vidage imparfait et qui, avec ou sans distension, finit par accomplir ou par compléter l'infection uretéro-rénale.

Or ces conditions préservatrices, je tiens à vous le faire remarquer, ne peuvent être obtenues que par le cathétérisme. C'est seulement avec la sonde qu'une vessie qui se contracte imparfaitement et irrégulièrement, peut arriver à une exacte évacuation. Sans doute, ce reliquat d'urine est négligeable quand la vessie n'est pas contaminée, il n'y a pas grand inconvénient alors à une faible rétention. Mais lorsqu'elle a cessé d'être aseptique, elle doit être mise à sec à chaque évacuation, être bien débarrassée de tout ce qui s'accumule dans son bas-fond, où s'amassent toujours les parties principales du dépôt. *Caveant chirurgicos*. Il dépend d'eux alors que la santé de leurs justiciables se conserve ou s'altère.

Je ne veux pas manquer à l'engagement que j'ai pris dès le début de cette leçon ; faire incursion sur le terrain opératoire, chercher à juger la valeur de l'intervention lors-

qu'elle veut obtenir la cure radicale, c'est-à-dire la miction spontanée sans sonde. Mais il m'est permis de vous faire remarquer que ce n'est pas la possibilité de pisser qu'il faut faire récupérer au malade, c'est la possibilité d'évacuer complètement. C'est, si vous voulez accepter l'expression : l'évacuation radicale.

En clinique notre devoir est de nous laisser conduire par l'observation. C'est elle qui nous aide à percevoir les nuances les plus fines et les plus justes du vrai. Dans l'espèce elle nous apprend quelles sont les conditions qui régissent la santé de la vessie et de l'appareil urinaire supérieur. Nous savons par cela même ce qu'il convient de faire pour préserver nos malades et comment nous devons nous y prendre pour arriver à ce but suprême. Et nous voyons que ce ne peut être seulement une tentative isolée, quelque énergique qu'elle soit, quelque justifiée qu'elle paraisse, qui assure ces résultats. Il faut les demander à l'ensemble des connaissances chaque jour acquises, en vivant sans cesse dans l'intimité des faits.

L'observation fait mieux encore. Quelle que soit la partie de la chirurgie à laquelle on l'applique, quel que soit l'intérêt des détails spéciaux qu'on y relève, nous sommes toujours ramenés par elle aux principes généraux qui régissent la chirurgie tout entière.

Personne d'entre nous n'ignore le danger des moindres stagnations dans un foyer ouvert; nous constatons chaque jour la nécessité d'un drainage exact. Les expériences de M. Pasteur nous ont dit pourquoi les organismes septiques mouraient lorsqu'ils n'ont à leur disposition que des couches minces de liquide, et pullulaient dans des conditions contraires. La vessie sans doute ne peut être complètement comparée à une plaie exposée. Son épithélium l'isole de l'organisme; mais dans l'état pathologique, cette barrière est plus ou moins abaissée. La résorption s'ajoute à l'inoculation uretérale.

Le cathétérisme répété ou permanent dans les cas qui

l'exigent peut donc, au même titre qu'un drainage bien fait, être préservateur, l'être par lui-même. Aussi voyons-nous, sous sa seule influence, de véritables transformations s'accomplir et dans la composition des urines et dans la santé des malades. Un adjuvant précieux lui est fourni par les lavages.

Dans les cas où la vessie est contaminée, il faut en effet joindre le lavage à l'évacuation. Je parle bien entendu d'un lavage vrai, d'un lavage qui tienne en suspension et entraîne en totalité les sécrétions de la vessie. Ce n'est pas le moment de vous rappeler comment on doit le pratiquer pour le rendre effectif, mais il est nécessaire de dire un mot de sa composition.

On ne peut à l'heure actuelle se permettre de faire usage d'un liquide qui ne soit pas aseptique ou antiseptique. Ce serait une faute grave. Mais ces qualités indispensables correspondent-elles à un degré corrélatif de puissance? Tout démontre qu'au point de vue purement antiseptique, l'action des lavages n'est que relative. Lorsque l'infection est faite, l'antiseptique perd en effet beaucoup de sa puissance. Sûrement et admirablement préservatrice lorsqu'elle est bien maniée, l'antisepsie n'est que faiblement curatrice; c'est ce qui différencie si profondément l'antisepsie chirurgicale qui n'a qu'à préserver, de l'antisepsie médicale qui toujours est mise en demeure de guérir. La vessie peut être entièrement mise à l'abri des contaminations par l'asepsie ou l'antisepsie. Lorsqu'elle nous est confiée après infection, ou lorsque nous l'avons inoculée, elle n'est que bien difficilement ramenée à l'état aseptique vrai si elle appartient à un prostatique. Ici comme partout, la différence du terrain gouverne les résultats et domine la pratique; les difficultés que je signale ne se rencontrent pas en effet dans toutes les vessies.

Il n'en est aucune d'ailleurs, même chez les prostatiques, où l'évacuation bien faite, la combinaison de l'évacuation et des lavages ne fournissent des résultats pratiques, qui

bien que relatifs sont en réalité de premier ordre puisqu'ils assurent le maintien de la santé. Un liquide purement aseptique, de l'eau bien bouillie par exemple, vous rendra certainement de grands services parce qu'elle vous permettra de bien nettoyer. La propreté est tout au moins le commencement de l'antisepsie. Vous pourrez et vous devrez toujours l'appliquer, toujours l'imposer à vos malades. Nous leur devons plus encore, puisque nous avons si habituellement affaire à des sujets dont l'infection plus ou moins ancienne a souvent dépassé les limites de la vessie.

Le chirurgien est donc obligé d'agir médicalement. Il ne suffit pas qu'il s'occupe du traitement local de la vessie, bien que cela reste toujours le principal. Il faut qu'il cherche à étendre son action sur les voies urinaires supérieures, il ne le peut que par les médications. Je dois franchement déclarer que celles qui s'adressent directement au rein pour solliciter sa sécrétion ou lui demander passage pour des substances modificatrices, ne m'ont jamais paru efficaces. Même à la seconde période du prostatisme, il m'a semblé beaucoup plus utile de prendre pour objectif l'organisme lui-même. A la troisième, cette manière de procéder s'impose d'une façon absolue. Les troubles de la nutrition dominent de si haut la situation morbide que l'on est tout naturellement conduit à leur laisser la première place dans la thérapeutique à instituer. Si on méconnaissait leur signification, on serait bientôt ramené à la réalité par le refus de tout concours de l'appareil digestif. Son intolérance est prochainement affirmée. On y arrive d'une façon moins nette et beaucoup moins rapide dans la deuxième, mais elle est en somme l'aboutissant des médications auxquelles je fais maintenant allusion. Je me crois donc autorisé à vous engager à mettre l'organisme en état de résistance ou de l'y maintenir ; à préférer les médications générales aux médications spéciales, ou à n'user de celles-ci qu'avec modération en en surveillant attentivement les effets.

Vous resterez donc en somme surtout préoccupés des

soins à apporter à la vessie et j'espère que vous vous convaincrez, comme je l'ai fait moi-même, que là se trouve le terrain de l'action principale. Physiologiquement, la vessie est chargée de préserver les reins. En amendant, en supprimant si vous le pouvez, les défectuosités que l'état pathologique apporte à ses fonctions, vous la mettrez à même de suffire encore à sa tâche. Plus je pratique et plus je constate que c'est par la vessie que nous pouvons venir au secours des reins, plus je vois s'étendre l'indication d'agir sur les voies urinaires inférieures, lorsque les supérieures sont compromises. C'est vous dire que si je ne puis trop vous engager à bien poser les limites et la nature de l'action chirurgicale, je ne saurais un instant penser à la restreindre, à y suppléer d'une façon inopportune par des médications.

Aussi, pour demeurer dans le sujet que nous traitons, devez-vous ajouter à la propreté de la vessie, dont je vous parlais à l'instant, son antisepsie directe. Dans la seconde période, l'asepsie vous suffira s'il n'y a pas contamination, l'antisepsie est indispensable dans le cas contraire.

Ses agents sont malheureusement limités. Je vous dirai ultérieurement ce que l'on peut en définitive employer ou rejeter. Vous me voyez depuis longtemps poursuivre des recherches à ce sujet avec la collaboration de M. Albarran. A l'heure actuelle je dois une fois de plus reconnaître que l'acide borique et le nitrate d'argent méritent surtout votre confiance. A l'un et à l'autre vous pouvez demander une action préservatrice et curative. J'y reviendrai avec les détails nécessaires, en parlant du traitement de la troisième période et du traitement des complications inflammatoires.

Je serais incomplet, si je ne rappelais, en terminant ce qui se rapporte à la deuxième période, que si beaucoup de prostatiques sont obligés dès lors de prendre définitivement l'habitude de la sonde, il en est bon nombre chez lesquels on observe la reprise spontanée de la miction complète. Habituellement temporaires, ces retours à l'état normal peuvent cependant persister et persistent parfois pendant

plusieurs années. Cela dépend évidemment de l'importance de l'obstacle, mais aussi du degré de la force contractile.

Ce qui manque à la vessie des prostatiques, c'est moins la possibilité des contractions que leur unité. Les éléments musculaires tendent à se dissocier à mesure que les lésions s'aggravent, et la distension joue certainement à cet égard un rôle fort important. Cette dissociation anatomique entraîne la dissociation physiologique. A la contraction d'ensemble nécessaire à l'évacuation rapide et complète, se substituent des efforts partiels qui n'aboutissent que péniblement et souvent d'une manière incomplète. Aussi l'adoption franche du cathétérisme, sa répétition voulue, qui ramène le plus possible aux distances observées pendant l'état normal, est-elle la condition la meilleure pour le retour à la miction spontanée. Éloigner les cathétérismes dans les rétentions de la seconde période sous prétexte de ne pas y habituer, c'est aller contre le but que l'on prétend poursuivre, c'est substituer le raisonnement à l'observation.

J'ai bien souvent vu dans ces cas l'usage intempestif des moyens destinés à solliciter artificiellement la contractilité conduire à des accidents, et j'ai par contre observé nombre de malades qui, grâce à la substitution, franchement acceptée, de l'évacuation artificielle repétée à l'évacuation naturelle empêchée, sont revenus par une voie sûre et relativement courte à en retrouver la possibilité.

L'emploi des médicaments qui agissent sur la contraction musculaire, du froid, de l'électricité, est certainement contre-indiqué dans les rétentions récentes. Ils peuvent être utilisés ultérieurement. Mais il me serait difficile de rien dire de positif sur leur influence. Ce que j'ai vu jusqu'à présent de l'action des courants sur le muscle vésical ne me permet pas de formuler un jugement, et je suis encore dans la même incertitude, au point de vue de leurs effets sur le volume de la prostate.

(*A suivre.*)

Endoscopie vésicale appliquée à l'extraction des corps étrangers.

Extraction d'une épingle à cheveux de la vessie à l'aide d'un crochet opérant dans le champ du cystoscope,

par MM.

le Dr TUFFIER et J. JANET

Professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, interne des hôpitaux

L'extraction des corps étrangers de la vessie par les voies naturelles s'impose quand ces corps ne sont pas devenus le centre de concrétions trop volumineuses pour permettre leur passage à travers l'urèthre.

Bien des instruments ont été inventés pour arriver à ce but, instruments différents suivant la forme et la consistance du corps à extraire : plicateurs de Mercier, de Courty, de Leroy (d'Étiolles), crochet à tige flexible du professeur Guyon, pour les corps malléables; redresseurs de Leroy (d'Étiolles), de Collin pour les corps rigides ; lithotriteurs enfin pour les corps susceptibles d'être broyés. La manœuvre de ces deux derniers instruments est difficile, elle se fait un peu à l'aveugle, elle nécessite une grande habileté, ou plus souvent encore une grande patience. Aujourd'hui, grâce aux progrès de la cystoscopie, la recherche et l'extraction de corps étrangers vésicaux récemment introduits sont devenues des plus aisées.

Déjà plusieurs auteurs se sont servis du cystoscope pour *préciser* exactement la *forme* et la *situation* du corps étranger; cela fait, ils ont pu, après avoir retiré le cystoscope, faire pénétrer dans l'urèthre un des instruments spéciaux que nous venons de rappeler et le conduire avec précision vers l'endroit où le corps étranger venait d'être aperçu. C'est ainsi que Fillenbaum (1) put extraire de la vessie

(1) *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1884, Bd. 20, s. 453.

d'un homme un cathéter de Nélaton. Nicoladoni (1), une épingle. Von Dittel (2), un morceau de cire à cacheter. Von Antal (3), une sonde de gomme et une épingle à cheveux (4). Nitze (5), une portion d'un fil de soie provenant de la ligature du pédicule d'un kyste de l'ovaire, et qui s'était fixé dans la paroi vésicale à la suite de la rupture dans la vessie d'un petit abcès survenu après l'ovariotomie. Aucun de ces auteurs n'a saisi directement le corps du délit, en le voyant au moyen du cystoscope, c'est-à-dire d'une façon aussi précise que s'il le prenait à l'extérieur, sur une table par exemple.

Il est évident que l'extraction du corps étranger serait bien plus aisée, si, au lieu de retirer le cystoscope, on pouvait, en le laissant en place, introduire avec lui dans la vessie un instrument approprié et saisir avec cet instrument, qui entrerait ainsi dans le champ de vision, le corps étranger que l'on a sous les yeux. C'est cette opération que M. Tuffier a eu récemment l'occasion de faire et que nous tenons à relater comme pouvant servir de type à d'autres interventions du même genre.

Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, G. D..., maîtresse de piano, qui se présenta le 19 octobre 1889 à l'hôpital Necker pour se faire extraire de la vessie une épingle à cheveux qu'elle y avait laissé pénétrer. La malade prétendait que depuis un mois elle éprouvait des difficultés pour uriner, et que, pour faciliter la miction, elle s'introduisait des épingles à cheveux dans l'urèthre. D'après elle, quatre jours avant son entrée à l'hôpital, elle aurait pratiqué cette opération dans ce but avec deux épingles à cheveux. Elle put en retirer une, mais l'autre lui échappa et tomba dans sa vessie.

(1) *Wiener med. Wochenschrift*, 1886, nos 7 et 8.
(2) *Wiener med. Wochenschrift*, 1886, s. 793.
(3) Von Antal, *Specielle chirurgische Pathologie und Therapie der Harnröhre und Harnblase*, Stuttgard, 1888.
(4) Von Antal, *Budapesth. intern. Centralbl. f. d. Physiol. und Path. der harnbl.*, mars 1889.
(5) Nitze, *Lehrbuch der Kystoscopie*. Wiesbaden, 1889.

Ce récit ne représente naturellement pas l'expression exacte de la vérité. Cette jeune fille, suivant en cela cette bizarre habitude, si souvent notée, qui consiste à se masturber avec des épingles à cheveux, a été victime, comme tant d'autres, des contractions qui accompagnent l'orgasme vénérien et qui doivent évidemment ôter beaucoup de leur précision aux manœuvres de ce singulier cathétérisme. Voulant donner le change sur les motifs qui l'ont portée à se livrer à de semblables artifices, elle a prétendu souffrir de troubles de la miction pour expliquer son intervention de ce côté. Il est bien plus logique d'admettre que les troubles vésicaux ont succédé à l'introduction du corps étranger que de supposer qu'ils l'ont précédée. L'examen de l'épingle à cheveux en question, que nous avons trouvée déjà très incrustée, prouve qu'elle a séjourné plus de quatre jours dans la vessie et nous permet de conclure qu'elle y a été introduite depuis un mois, époque à laquelle cette femme fait remonter le début de ses accidents.

La malade se plaint d'envies fréquentes d'uriner. Elle souffre surtout à la fin de la miction, car à ce moment la vessie contractée vient léser ses parois contre les pointes de l'épingle. Elle souffre également en marchant. Cette douleur de la miction est telle que la malade ne peut uriner spontanément et préfère être sondée, sans qu'on vide complètement la vessie. Faits qui s'expliquent très bien par la situation et la nature du corps étranger. Les urines sont troubles, rupulentes, alcalines, elles ont une forte odeur ammoniacale; néanmoins la vessie est encore tolérante et accepte très facilement 150 grammes de liquide.

Le 20 octobre, nous pratiquons l'examen de la vessie avec le cystoscope de Nitze, et nous voyons aussitôt avec la plus grande netteté l'épingle fixée par ses deux pointes sur la paroi latérale droite de la vessie, se tenant debout (fig. 1), quoique légèrement inclinée vers la gauche, au milieu de cet organe. Son ombre portée se voit très distinctement sur la paroi inférieure de la vessie. Les deux branches de l'épin-

gle sont incrustées d'une couche blanche et verruqueuse de phosphates, son extrémité arrondie reste lisse et noire à cause des frottements que lui ont fait subir les parois de la vessie chaque fois qu'elles la rencontraient (fig. 1).

Plusieurs explorations ayant été pratiquées, nous remettons l'opération au 24 octobre, pour laisser reposer la vessie. M. Tuffier fait alors construire le crochet en fer à manche mobile (fig. 2).

Le 24 octobre, la malade étant chloroformée

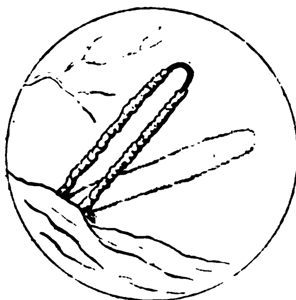


Fig. 1.

et préparée pour l'endoscopie vésicale, il introduit d'abord dans la vessie le cystoscope de Nitze, constate et fait constater par une vingtaine d'assistants que la position de l'épingle s'est un peu modifiée depuis le dernier examen : elle est toujours fixée au même point, mais elle s'est abattue horizontalement. Il fait ensuite pénétrer entre la paroi uréthrale et le tube du cystoscope son petit crochet mousse à tige d'acier muni d'un manche qui en assure la manœuvre facile. Ce crochet entre bientôt dans le champ du prisme et il devient très aisé de le manœuvrer. On l'approche aussi facilement des



Fig. 2.

branches de l'épingle que si l'on opérait à l'air libre (fig. 3).

Le dernier temps de l'opération consiste à retirer d'abord l'endoscope, puis le crochet qui ramène à l'extérieur l'épingle à cheveux tordue par la traction.

On soumet ensuite la malade à quelques lavages au nitrate d'argent à 1/500, et elle sort du service sur sa demande le 26 octobre, bien que sa cystite ne soit pas encore entièrement guérie.

Nous signalerons à ce propos quelques considérations :

1° Il est incontestable que nous aurions pu, suivant le même mode opératoire, retirer de la vessie tout autre corps flexible. Il nous semble aussi évident qu'en remplaçant notre crochet par une pince fine facile à imaginer, il nous eût été possible de saisir par une de ses extrémités une tige rigide pour l'amener au dehors.

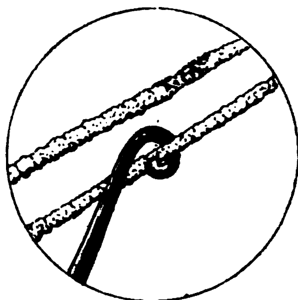


Fig. 3.

2° Notre crochet a l'avantage d'être rigide. La mobilité de son manche permet de l'utiliser dans des conditions d'ascpsie parfaite. Après avoir enlevé ce manche, il devient facile d'engainer la tige du crochet d'une sonde à bout coupé dans la lumière de laquelle on entraîne ensuite le corps étranger, pour éviter qu'il ne blesse les parois de l'urèthre. Cette manœuvre

peut remplacer jusqu'à un certain point celle du plicateur de Leroy (d'Étiolles).

3° Nous n'avons pas connaissance de faits semblables, et nous croyons que c'est la première fois que l'intervention est exécutée de cette façon. Et la facilité vraiment étonnante avec laquelle elle s'est effectuée nous permet de la recommander.

De semblables opérations, aisées chez la femme, doivent être bien plus complexes chez l'homme; n'ayant pas eu l'occasion de les pratiquer chez lui, nous ne pouvons que les signaler à l'attention de ceux qui les rencontreront dans leur pratique.

N. B. — Nous avons pu appliquer avec succès l'endoscopie : 1° à une petite tumeur de la vessie du volume d'un petit pois; 2° à l'étude de la récidive d'une tumeur opérée; 3° à la détermination d'une lésion rénale, nous avons vu l'uretère du côté malade expulser une urine trouble dont les grumeaux étaient facilement appréciables ; 4° au cathétérisme des uretères par la méthode de Brenner.

REVUE CLINIQUE

Albumine vésicale,

Par M. le professeur Guyon.

Les cas ou de très notables ou même de fortes proportions d'albumine n'ont d'autre provenance que les modifications imprimées *in vitro* au liquide urinaire, sous l'influence de lésions vésicales, ne sont pas rares. Ce n'est pas le lieu de traiter cette question qui mériterait d'amples dé-

veloppements. A cette place je ne veux que signaler un fait démonstratif.

J'ai récemment opéré un calculeux par la lithotritie pour une pierre d'environ 4 centimètres, dont la guérison a été, comme d'habitude, régulière et rapide. Il reprenait ses habitudes dix jours après l'opération. Mon attention avait été appelée avec juste raison par un de mes distingués confrères sur l'état des urines. Diverses analyses témoignaient de la présence de l'albumine, qui le plus souvent dépassait 2 grammes. A la veille de l'opération, le 4 septembre, une analyse du docteur Berlioz constatait $1^{gr},4$ d'albumine proprement dite ou sérine. Je crus devoir néanmoins agir, et l'opération eut lieu le 6. Le 11 une nouvelle recherche ne faisait plus trouver que 26 centigrammes, le 22 une dernière analyse concluait que l'urine présentait les caractères de l'état normal et ne contenait pas trace d'albumine.

Le fait est en lui-même assez vulgaire, il m'a été permis de constater cette même évolution dans un grand nombre de cas. Chez les calculeux la présence de l'albumine est constante, quand il y a cystite, c'était le cas de l'opéré dont je viens de parler; elle est intermittente lorsque la muqueuse est demeurée saine, mais cette intermittence est entièrement régie par le mouvement. J'ai récemment aussi opéré un malade qui était venu me consulter pour me parler de son albuminurie intermittente. Je n'eus pas grand mérite à penser qu'il était calculeux lorsque je l'eus interrogé sur les conditions qui régissaient les modifications découvertes par l'analyse chimique. La présence du sang ne se traduisait pas à la vue d'une façon certaine; mais le microscope ne laissait aucun doute.

Ces faits sont bien connus des observateurs et je ne les aurais pas rappelés à l'attention des praticiens, si je n'étais chaque jour témoin de la perplexité que crée la présence d'une notable quantité d'albumine sérine. L'albumine proprement dite peut être observée en quantité notable, ou

même en grande quantité, dans les cas de cystite ou sous l'influence des plus légères exsudations sanguines chez les calculeux. Voilà le fait pratique auquel j'apporte une contribution. J'ajouterais volontiers qu'il en est ainsi dans les autres espèces de cystite, si je ne voulais m'en tenir au simple exposé d'une observation.

Néphrolithotomie sur un rein non suppuré. — Suture du parenchyme rénal. — Réunion immédiate. — Guérison en vingt jours (1),

Par M. le docteur Le Dentu.

Au mois de janvier de cette année je fus consulté par un homme âgé de 44 ans, qui présentait les symptômes caractéristiques de la lithiase rénale. Il y avait eu dans l'évolution de sa maladie deux phases très distinctes. Le début des accidents remontait à quatorze ans. Ils avaient consisté tout d'abord en crises de coliques néphrétiques suivies de l'élimination de graviers abondants. Des hématuries fréquentes avaient également signalé cette première période.

Au bout de sept années les symptômes s'étaient modifiés. Les attaques violentes, séparées par des intervalles de bien-être absolu, avaient été remplacées par des douleurs continues sujettes à des exaspérations presque quotidiennes. La marche prolongée était devenue impossible, elle provoquait de nouvelles hématuries et portait les souffrances à un degré d'intensité insupportable. Cette deuxième période avait, elle aussi, duré sept ans.

Dès mon premier examen je trouvai chez ce malade les signes devenus classiques des calculs rénaux (douleurs profondes provoquées par la palpation de la région lombaire et par la percussion du thorax au niveau des dernières côtes,

(1) Ce cas a été communiqué au Congrès de chirurgie de cette année

sensibilité très vive en avant dans la région du bassinet et le long de l'uretère, le tout du côté droit).

Étant donnée l'ancienneté des accidents, je crus devoir admettre l'existence d'un calcul déjà volumineux; mais il était certain que le rein avait ses dimensions normales et qu'il n'était pas converti en une poche purulente.

J'opérai ce malade le 23 février 1889 dans la maison des frères Saint-Jean-de-Dieu, avec l'assistance de mon collègue le docteur Tuffier, du docteur Gauchas et de mon interne M. Rieffel. Une longue incision oblique mit à nu la capsule graisseuse du rein très épaissie et au milieu de laquelle cet organe était comme perdu. Après quelques tâtonnements j'arrivai à l'isoler assez complètement pour pouvoir l'amener peu à peu entre les lèvres de l'incision, en lui faisant exécuter une rotation de près d'un quart de cercle autour de son pédicule.

L'ayant saisi solidement entre le médius et l'annulaire de la main gauche, j'enfonçai dans son épaisseur une aiguille à acupuncture dont la pointe heurta immédiatement un corps dur. Le diagnostic se trouvait ainsi confirmé. J'incisai alors le tiers inférieur du bord convexe du rein avec un bistouri jusqu'au bassinet, et au moyen de longues pinces à larges mors, je saisis un calcul irrégulier qui fut extrait presque entier, sauf un petit fragment. Ce calcul, long de 3 centimètres, avait la forme d'une hélice de bateau à vapeur à deux branches; l'une d'elles était munie d'une sorte d'éperon. Son poids était de 5 grammes.

Après m'être assuré que le bassinet ne contenait plus de corps étrangers et qu'il ne restait aucun calcul dans les autres parties du rein, je passai sept fils de catgut n° 3 d'une lèvre à l'autre du parenchyme rénal, au moyen d'une aiguille de Reverdin mousse. Je serrai et nouai successivement chacun de ces fils avec précaution, de manière à ne pas couper la substance rénale qui était très friable. L'hémorrhagie, qui n'avait été vraiment inquiétante à aucun moment, s'arrêta complètement. Le rein prit une coloration

bleuâtre sur toute la ligne des sutures. Un drain fut placé en arrière du rein et un autre sous l'angle antérieur de la plaie. Les muscles incisés furent suturés avec soin ainsi que les téguments, excepté au point d'émergence des deux drains. Pansement à l'iodoforme.

Le jour de l'opération, le collapsus fut considérable. Deux ou trois injections sous-cutanées d'éther provoquèrent la réaction. A partir de ce moment tout alla bien. La température ne s'éleva jamais au-dessus de 38°,2. Les drains furent enlevés prudemment en seize jours, mais j'aurais pu les laisser en place moins longtemps, car pas une goutte d'urine ne s'écoula de la plaie à aucun moment. La guérison était absolument complète au bout du vingtième jour. La réunion de la plaie superficielle avait été obtenue d'emblée.

J'ai pu, dans cette opération, réaliser de point en point les règles que j'ai tracées, dans mon traité des affections du rein, pour le manuel opératoire de la néphrolithotomie typique, à savoir : l'incision du parenchyme rénal de préférence à celle du bassinet et la suture au catgut dans le but d'obtenir la réunion immédiate ; mais je ne puis me flatter de réussir toujours aussi bien dans des cas analogues. Les conditions fondamentales du succès sont l'extensibilité du pédicule, qui permet d'attirer le rein entre les lèvres de l'incision des parties molles, et la facilité de l'extraction du calcul. Lorsque le pédicule résiste ou que le calcul envoie des prolongements multiples dans les calices, l'opérateur se trouve aux prises avec des difficultés telles que la néphrolithotomie régulière n'est plus exécutable, ou que du moins la réunion immédiate du parenchyme rénal ne peut plus guère être tentée.

REVUE DES JOURNAUX

PRESSE FRANÇAISE

1° Uréthroplastie pour une gangrène partielle d'un corps caverneux consécutive a un rétrécissement, par le docteur Guermonprez (de Lille) (*Gaz. des hôp.*, 22 octobre 1889). — Un homme de 35 ans, ayant eu plusieurs blennorrhagies (la première remontant à quinze ans environ) et ayant de la dysurie depuis plusieurs années, présente un état phlegmoneux de tout le côté droit de la verge, avec un petit pertuis fistuleux situé sur la face dorsale et par lequel s'écoule un pus verdâtre et séreux. Cet orifice est le seul qui donne issue à l'urine. Dans la crainte de voir le phlegmon se propager au delà de la racine de la verge, M. Guermonprez débride au thermo-cautère : le doigt introduit contourne le corps caverneux droit, qui a un aspect marbré, gris noirâtre, ne présente plus aucune adhérence dans sa portion terminale et se détache sans effort dès la moindre traction. Un second débridement est pratiqué de la même manière sur le milieu de la face inférieure du pénis, là où s'arrête le décollement (lotions et pansement phéniqués).

Trois mois plus tard, il ne reste qu'un très étroit pertuis dorsal, par lequel s'écoule l'urine avec une difficulté chaque jour croissante par un petit jet exactement perpendiculaire à l'axe de la verge. Le chirurgien, après constatation du siège précis du rétrécissement à 12 ou 15 millimètres du méat, se décide alors à intervenir par le procédé de M. Daniel Mollière (de Lyon), c'est-à-dire à faire l'uréthrotomie externe avec extirpation de *tout* le tissu cicatriciel, et enfin affrontement et suture des deux bouts sains de l'urèthre, cette suture n'étant que superficielle et par conséquent ne comprenant pas la muqueuse. M. Guermonprez s'est servi ici de catgut et non de fils d'argent qu'emploie M. D. Mollière; quant aux sutures cutanées, elles ont été faites au crin de Florence. Le résultat a été parfait.

2° Dysurie de cause vésicale après une uréthrotomie interne chez un rétréci atteint de cystite, par le docteur A. Pousson (*Annales de la policlinique de Bordeaux*, janvier 1889). — Chez un rétréci, âgé de 48 ans, ayant subi sans succès durable plusieurs tentatives de dilatation, M. Pousson se décide à pratiquer l'uréthrotomie interne, non pas malgré, mais à cause de l'état général grave du sujet et de sa cystite intense. L'opération se passe correctement; section facile avec une lame n° 22, hémorrhagie plus qu'insignifiante, sonde à demeure n° 17, qu'on retire au bout de 48 heures. Deux heures après l'ablation de la sonde, le malade éprouve le besoin d'uriner, mais ne peut le satisfaire. Sondage facile, mais devenant très douloureux à la fin de cette évacuation artificielle en raison des contractions vésicales ; lavage boriqué poussé doucement, qui ne ressort que très lentement jusqu'à ce que la crise cystalgique terminale soit calmée. Cet état dure deux jours. Pour calmer surtout l'irritabilité vésicale, M. Pousson prescrit de la tisane de buchu, des suppositoires belladonés, des onctions calmantes sur l'hypogastre. Amélioration immédiate, qui va en s'accentuant chaque jour, jusqu'à ce que les mictions redeviennent normales, indolores et suffisamment espacées.

M. Pousson attribue ces incidents, non pas à l'affaiblissement des parois de la vessie, mais au contraire à l'exagération de leur force contractile ; et il voit dans ces rétentions passagères l'effet des contractions irrégulières, et par conséquent inefficaces, du corps de la vessie irritée, qui, au lieu de chasser son contenu vers l'urèthre, le retient et l'emmagasine momentanément. La preuve, c'est que, grâce à l'uréthrotomie aidée d'un traitement médicamenteux approprié, tout a diminué, puis disparu, au fur et à mesure que l'irritation vésicale se calmait.

3° Injection de cocaïne dans l'urèthre suivie de mort, par le docteur Simes (*Lyon médical*, 20 octobre 1889, d'après la *Gaz. degli ospitali*, octobre 1889). — Avant de pratiquer une uréthrotomie interne, l'auteur injecte dans le canal un gramme d'une solution de cocaïne à 20 p. 100. Le malade, âgé de 28 ans, à part son rétrécissement, était en excellente santé. Immédiatement il survint des contractions des muscles de la face, de la dilatation des pupilles, de l'arrêt respiratoire et de violentes convulsions

épileptiformes. Les phénomènes convulsifs allèrent en augmentant d'intensité, la respiration se fit de plus en plus faible, la cyanose devint intense et, au bout de vingt minutes environ, malgré tous les soins qui lui furent prodigués, le malade était mort.

A l'autopsie, les poumons étaient normaux mais extrêmement congestionnés; le ventricule gauche était vide de sang; il existait des caillots agoniques dans le cœur droit.

4° Traitement de la blennorrhagie chez la femme, par le docteur Schmitt (*Revue médicale de l'Est*, 1er octobre 1889). — Après diverses considérations sur les localisations anatomiques de la blennorrhagie chez la femme basées sur les récentes recherches microbiennes, l'auteur établit, d'après ses observations personnelles, que, à la période aiguë de l'affection, l'uréthrite et la vaginite dominent la scène, tandis que l'endométrite persiste souvent à l'état chronique quand les autres manifestations ont cédé depuis longtemps. Puis M. Schmitt passe successivement en revue les traitements qui lui ont fourni les meilleurs résultats dans chacune de ces localisations à la vulve, au vagin, à l'urèthre et à l'utérus.

Contre la vulvite, c'est, avec le repos au lit, l'application de compresses glacées, avec cautérisation des érosions douloureuses à l'aide d'une solution de nitrate d'argent au 20e, les replis cutanés étant d'ailleurs isolés par l'interposition d'ouate imbibée de solution de sublimé au 1000e ou de bi-iodure au 4 000e. Quant à la bartholinite abcédée, elle n'est justiciable que du traitement chirurgical (large incision avec lavages et pansements antiseptiques). Les attouchements de nitrate d'argent suffisent contre la folliculite.

Le vagin, d'après M. Schmitt, n'est pas si exceptionnellement atteint que veut bien le dire M. Eraud (de Lyon). Après avoir énuméré les différents traitements préconisés dans ces derniers temps contre la vaginite blennorrhagique, le chirurgien de Nancy déclare employer de préférence maintenant dans sa pratique le bi-iodure de mercure « dont les propriétés microbicides, dit-il, sont encore très actives, même à une forte dilution ». Voici d'ailleurs comment il procède.

Dès que l'introduction de la canule vaginale et du spéculum

n'est plus trop douloureuse, il fait pratiquer une ou deux fois par jour, selon l'abondance de l'écoulement et l'acuité de l'inflammation, des irrigations au bi-iodure le mercure au 10 000°; ces lavages vaginaux sont faits à l'aide de l'irrigateur ordinaire, coiffé d'une canule percée de trous latéraux; deux litres de liquide sont largement employés chaque fois. Puis, la femme étant couchée le bassin élevé, suivant l'ancien conseil de Ricord, on pratique avec ou sans spéculum une nouvelle injection, de façon que le liquide (au 4 000° cette fois) séjourne quelques minutes dans le vagin: celui-ci, lorsque l'injection s'est écoulée, est tamponné avec du coton imbibé de glycérine iodoformée au début, saupoudrée de tannin un peu plus tard. — Après quelques jours (10 à 15 en moyenne), et en traitant concurremment les autres localisations de l'inflammation, tout écoulement vaginal a disparu. Quand l'urèthre est envahi par le processus infectieux, le nitrate d'argent fait merveille; dans les cas aigus, souvent une seule cautérisation avec un crayon, soit pur, soit mitigé, est suffisante. Plus tard, il faut pratiquer tous les jours une instillation argentique au 50°.

Si la blennorrhagie est cantonnée dans le col utérin, c'est encore au nitrate d'argent qu'il faut avoir recours; en introduisant le crayon aussi profondément que possible, M. Schmitt obtient en deux ou trois fois une guérison complète. S'il y a des ulcérations, on les touche en même temps, on les saupoudre de salol et on y applique un tampon trempé dans cette substance. C'est seulement dans les cas reconnus absolument rebelles que pourront être tentés le curage de l'utérus et les injections parasiticides intra-utérines.

Enfin, le traitement général (amers, ferrugineux, alcalins, arsenicaux) ne devra pas être oublié, surtout dans les cas chroniques.

5° Traitement de l'incontinence d'urine par l'antipyrine, par MM. Perret et Devic (*Province médicale*, numéros 23 et 26, 1889). — Les auteurs ont admis, en prescrivant cette médication, que l'incontinence a pour cause le spasme et non la paralysie des fibres musculaires du sphincter. Parmi les quatre observations publiées, il faut citer celle d'un enfant de 4 ans et demi, qui urinait au lit plusieurs fois par nuit et qu'on avait

traité sans succès par la belladone et les bromures. Pendant une semaine, on fit prendre chaque jour à l'enfant 1gr,50 d'antipyrine en deux doses, ingérées l'une à 6 heures, l'autre à 9 heures du soir. Pendant la durée de ce traitement, l'enfant n'urina pas une seule fois au lit; mais l'incontinence se manifesta de nouveau, quoique avec une intensité moindre, lorsqu'on eut suspendu la médication. On reprit alors cette dernière, et, en fin de compte, l'enfant fut débarrassé de son incontinence.

Chez deux autres enfants, âgés de 11 et de 12 ans, on administra pendant trois jours 2 grammes, et pendant six jours 3 grammes d'antipyrine. La dose quotidienne de ce médicament était ingérée en trois fois pendant la soirée et au moment du coucher. La guérison complète a été obtenue.

6° TRAITEMENT DE L'ORCHITE BLENNORRHAGIQUE, par le docteur DU CASTEL, médecin de l'hôpital du Midi (*Union médicale*, 10 octobre 1889). — Après avoir montré les inconvénients souvent très réels que présente dans la pratique le traitement classique par les sangsues, les cataplasmes en permanence, les frictions à l'onguent napolitain, les bains répétés alternés avec les purgations fréquentes, l'auteur développe les ressources d'une application plus commode, d'une action plus rapide et d'une efficacité plus grande que nous offre la médecine moderne; ce sont : 1° la *médication interne*, 2° la *compression*, et 3° la *réfrigération*.

Deux *médicaments*, pris à l'intérieur, semblent à M. Du Castel avoir une très heureuse influence sur l'orchite de nature blennorrhagique : la teinture d'anémone pulsatile et surtout le salicylate de soude. Outre la diminution presque immédiate et très considérable de la douleur, on obtient ainsi une résolution beaucoup plus prompte de l'inflammation testiculaire, si bien que, d'après les statistiques, l'affection, au lieu de durer 23 jours en moyenne (traitement antiphlogistique classique), se termine en onze et même neuf jours avec la dose quotidienne de 6 grammes de salicylate de soude.

Quant à la *compression*, on l'exerce avec succès à l'aide des suspensoirs ouato-caoutchoutés de Langlebert et de Horand (de Lyon) ou avec l'appareil de Boulle; l'application de ces

bandages, à condition toutefois qu'elle soit bien faite, donne ordinairement les meilleurs résultats et abrège aussi notablement la durée de la maladie. Elle a de plus l'avantage incontestable de permettre au malade de ne pas garder le lit.

Enfin, la *réfrigération*, que préfère M. Du Castel et qui lui a déjà donné de beaux succès, est celle qu'on obtient par la pulvérisation du chlorure de méthyle (stypage du docteur Bailly). Continué chaque matin, ou même matin et soir, pendant plusieurs jours, le stypage amène une guérison rapide et supprime presque instantanément la douleur, ainsi que l'auteur a pu s'en rendre compte sur un grand nombre de malades dans son service de l'hôpital du Midi.

7° De l'hématurie terminale dans la miction, par le docteur Bazy (*Semaine médicale*, 30 octobre 1889). — Contrairement à l'opinion de Guyon, de Le Dentu, Forgues et Boinet, Larcher, Reginald Harrisson, Thompson, qui attribue une origine toujours vésicale ou juxta-vésicale (col, prostate, urèthre postérieur) à l'hématurie terminale dans la miction, M. Bazy croit que, dans ces conditions, le sang peut parfaitement provenir de l'urèthre antérieur. Et il appuie son dire sur l'observation de plusieurs malades, qui présentaient ce seul symptôme, apparition du sang en finissant d'uriner, à l'exclusion de tout indice d'un traumatisme quelconque ou d'une invasion inflammatoire du col vésical, de l'urèthre rétro-membraneux ou de la prostate, c'est-à-dire pas de fréquence des mictions, pas de ténesme, ni de douleur pendant ou après l'expulsion des dernières gouttes d'urine.

Ainsi, un des malades de M. Bazy a eu ces hématuries terminales de la miction au cours d'injections uréthrales d'une solution de sublimé au 10 000e, sans présenter, nous le répétons, aucun signe de propagation rétro-membraneuse de l'inflammation. — Chez un autre, le même phénomène se produisait le lendemain des jours où M. Bazy lui pratiquait lui-même une instillation argentique dans l'*urèthre antérieur*. — Un troisième malade, porteur d'une petite fausse route faite dans l'urèthre antérieur par un médecin qui croyait à l'existence d'un rétrécissement, vient consulter M. Bazy : ce chirurgien tombe dans la même fausse route, comme cela arrive la

plupart du temps, et, pour cicatriser cette petite plaie, il pratique à son niveau (cul-de-sac du bulbe) une instillation de cinq gouttes de solution argentique au 50e. Le lendemain, à la fin de la miction, apparaissaient quelques gouttes, qui continuaient encore à s'écouler après la sortie de la dernière goutte d'urine. Aucune douleur, aucune fréquence des mictions, pendant ce temps.

M. Bazy croit que, dans ces conditions, l'hémorrhagie n'est terminale qu'en apparence et, pour lui, le sang existait dans ces cas en aussi grande abondance au commencement qu'à la fin de la miction ; seulement, au début, il échappa à la vue du malade et même du médecin par sa dilution dans le jet d'urine. C'est du moins ce que lui a démontré le microscope chez un dernier malade, soumis aux instillations de nitrate d'argent pour une uréthrite chronique siégeant dans le cul-de-sac bulbaire. Ce jeune homme s'étant plaint, au cours du traitement, de perdre quelques gouttes de sang à la fin de la miction, sans présenter d'ailleurs aucun symptôme de cystite, M. Bazy le fit uriner en trois flacons, contenant chacun un tiers de l'urine d'une même miction. Or, le microscope révéla la présence d'une plus grande quantité de globules rouges dans le flacon n° 1 qui renfermait le premiers tiers de la miction.

Dr Robert JAMIN.

PRESSE ALLEMANDE

1° FOLLICULITE PRÉPUTIALE BLENNORRHAGIQUE, par M. TOUTON. — Les lésions blennorrhagiques des glandes accessoires du canal génital de la femme (de la glande de Bartholin surtout) sont bien connues. Mais les lésions des glandes analogues de l'homme sont peu étudiées. Celles de ces glandes qui s'ouvrent dans l'urèthre ne sont pas accessibles à l'exploration directe. Mais, exceptionnellement, des glandes de ce genre s'ouvrent au dehors, et parfois la chaudepisse s'en empare, d'où la possibilité et de réinfection de l'urèthre, et de contamination d'autres personnes. Touton relate deux cas de ce genre. Dans l'un, un

petit orifice s'ouvrait à droite et au-dessous du méat et il en sortait du pus blennorrhagique. Dans l'autre, c'était un petit canal creusé entre les deux lames du prépuce, et comme la maladie était rebelle, la partie malade fut simplement extirpée; réunion par première intention. Au microscope, Touton reconnut une glande de Tyson aberrante. Elle contenait des gonocoques. Jadassohn, en analysant ce mémoire, dit avoir recueilli une observation semblable (*Ueber Folliculitis präputialis et paraurethralis gonorrhoica* [*Urethritis externa — Œdamson*], in *Arch. f. Derm. und Syph.*, 1889, hft. 1, d'après *Centr. f. Chir.*, 1889, p. 689).

2° Occlusion congénitale de l'urèthre, par M. Demme. — L'occlusion, indépendante de tout phimosis, était constituée par une membrane conjonctive assez résistante, repoussée en une sorte de poche par l'urine. Incision. Guérison (*Statist. de l'hôpital des Enfants*, à Berne, en 1887, d'après *Centr. f. Chir.* 1889, p. 816).

3° Uréthrite pseudo-membraneuse par M. Pajor. — Observation de deux malades chez lesquels une uréthrite ancienne, avec troubles nerveux et pollutions, s'accompagnait d'une desquamation épithéliale abondante. L'endoscope fit voir une muqueuse d'un blanc grisâtre. Après cathétérisme, injections iodées et argentiques, il sortit des cylindres longs de 5 à 6 centimètres, puis les accidents s'amendèrent. Au microscope, les parties éliminées étaient formées avant tout de cellules épithéliales pavimenteuses, ce qui prouve une fois de plus, comme l'ont affirmé Bumm puis Neelsen, que l'épithélium cylindrique normal prend par l'inflammation les caractères de l'épithélium pavimenteux (*Ueber Urethritis membranacea desquamativa*, in *Arch. f. Derm. und Syph.* 1889, hft. 1, d'après *Centr. f. Chir.* 1889, p. 693).

4° Rétrécissement de l'urèthre. Bougie a demeure, par M. Güterbock. — Cette méthode consiste à introduire une bougie fine, qui ne remplit pas entièrement le rétrécissement, et à la laisser à demeure pendant au moins trois jours, durant lesquels l'urine s'écoule entre la bougie et la paroi uréthrale. Après ce

temps, la dilatation est en général aisée. Cette méthode est indiquée : 1° quand il existe une très grande sensibilité des voies urinaires ; 2° quand il y a des fausses routes de la partie antérieure de l'urèthre ; 3° quand le rétrécissement est difficile à franchir ; 4° quand il est indiqué d'obtenir, sans opération sanglante, une dilatation rapide.

Avant cette communication (faite à la Réunion libre des chirurgiens de Berlin), Güterbock en avait fait une sur l'état actuel et passé de la fabrication des cathéters (*Deutsche med. Woch.* 1889, n° 46, p. 953).

5° Abcès de la prostate, par M. Dittel. — L'engorgement inflammatoire simple constitue ces hypertrophies prostatiques qu'on voit guérir par les eaux minérales. Les abcès peuvent guérir spontanément par enkystement du contenu épaissi, calcifié même. On peut laisser ces petits abcès s'ouvrir d'eux-mêmes Dès que le volume est notable, il faut intervenir, même quand une ouverture spontanée, souvent insuffisante, s'est faite. Quand l'abcès est ouvert dans l'urèthre, on peut le faire guérir rapidement par des injections boriquées dans la partie profonde de l'urèthre. Dittel est partisan de l'incision périnéale, prérectale (*Ueber Prostataabscesse* in *Wien. klin. Woch.*, 1889, n°s 21-23, d'après *Centr. f. Chir.* 1889, p. 747).

6° Traitement de l'hypertrophie de la prostate et de la cystite chronique, par M. Fehleisen. — L'obstacle n'est pas souvent causé par le lobe médian, et si l'extirpation de ce lobe donne de bons résultats c'est que l'opération ne va pas sans une dilatation concomitante de la partie prostatique de l'urèthre et sans drainage de la vessie : et il reste, en outre, à prouver que les résultats sont durables. De plus, la dysurie relève, pour beaucoup, de l'état primordial de la musculature vésicale. Là il ne saurait être question que de traitement palliatif. Ce traitement consiste surtout en une évacuation régulière de la vessie et en injections pour modifier la cystite. Parmi les injections, Fehleisen recommande celle de nitrate d'argent à 1 pour 100. Si le cathétérisme est difficile, il faut recourir à la ponction suspubienne avec canule à demeure ; par là la vessie se vide facilement, on peut traiter la cystite et quelquefois on peut, à un

moment donné, débarrasser le malade de la canule. Il cite un malade qui a porté cette canule pendant deux ans et demi (*Zur Therapie der Prostatahypertrophie und chronischen Cystitis*, in *Berl. klin. Woch.*, 1889, n° 33, d'après *Centr. f. Chir.* 1889, p. 804).

7° Taille hypogastrique. — M. H. Burckhardt (de Stuttgart) reconnaît que la suture pure et simple de la vessie après la taille sus-pubienne est aujourd'hui encore aléatoire. Mais il croit qu'on peut la faire réussir en drainant exactement la vessie par un tube introduit dans une boutonnière périnéale. Il donne deux observations où il a, par ce procédé, obtenu la réunion immédiate (*Ueber Blasendrainage nach Sectio alta*, in *Centr. f. Chir.* 1889, n° 42, p. 737).

8° Pierre dans l'extrémité inférieure de l'uretère, par M. J. Berg. — Femme de 50 ans qui depuis 15 ans souffrait du rein droit; deux ans avant les accidents actuels elle avait, pendant une cure d'eaux, rendu de 16 à 20 graviers irréguliers. Depuis un an, mictions difficiles, fréquentes, douloureuses. La sonde heurte un corps dur un peu au-dessus et à droite de l'orifice uréthral. Dilatation de l'urèthre. Alors l'index introduit sent aisément une pierre enclavée dans l'uretère et poussant une légère pointe dans la vessie. Berg fit la taille vésico-vaginale et put extraire avec une petite cuiller un calcul urique gros comme une noisette et plusieurs petites concrétions. Suture; réunion immédiate. Guérison rapide (*Hygiea*, juillet 1889, d'après *Centralblatt f. Chir.* 1889, p. 813).

9° Néphrorrhaphie, par M. Frank. — Mémoire fondé sur 20 opérations de Hahn (en 17 malades), et 34 opérations publiées par d'autres auteurs. Voie lombaire. Depuis quelque temps, Hahn divise la capsule adipeuse, et même il en est venu à faire passer les fils dans la substance rénale elle-même, ce dont aucun inconvénient ne résulte. Réunion immédiate ; mais il faut faire garder aux malades le décubitus dorsal pendant au moins 5 à 6 semaines pour éviter l'allongement de la cicatrice (*Ueber die bisherigen Erfahrungen auf dem gebiete der Nephrorrhaphie*, in *Berl. kl. Woch.*, 1889, n°s 9-11, d'après *Centr. f. Chir.* 1889, p. 695).

Dr A. Broca.

PRESSE ITALIENNE

FRACTURE DU PUBIS AVEC RUPTURE DE L'URÈTHRE. — CYSTOTOMIE SUS-PUBIENNE. — CATHÉTÉRISME RÉTROGRADE. — GUÉRISON, par le docteur ARTURO RAFFA, chirurgien à l'hôpital de Rovigo. — Moretto Angelo, homme de 43 ans, sain et robuste. Le 4 mai dernier il est renversé de voiture, projeté à terre où il reste privé de connaissance. Transporté aussitôt à l'hôpital, il présente une pâleur extrême avec faiblesse des battements cardiaques; un caillot de sang dans le conduit auditif droit; aucun phénomène cérébral; douleur vive dans les membres inférieurs, surtout à gauche, exaspérée par les mouvements. Tuméfaction notable à la face externe de la branche montante du pubis gauche. — Le malade déclare avoir ressenti dans sa chute, et ensuite dans le transport à l'hôpital, une sensation de déchirement au périnée et comme un os qui se brise. — On remarque au périnée une tumeur douée d'une élasticité anormale. Une vessie de glace fut appliquée sur le bassin. A la visite du soir on s'apercevait qu'il était sorti du sang du canal de l'urèthre et que toute tentative d'uriner était vaine; ces tentatives provoquaient seulement de vives douleurs. — Déjà apparaissaient de larges plaques noir bleuâtre, au périnée, au scrotum, à la verge, à la racine des cuisses, à la région iliaque gauche. La vessie était distendue. T. = 37°,5. — Un sondage fut tenté avec précaution. L'instrument arrivé au delà de la portion bulbeuse tombait dans un sac rempli de sang; quelques gouttes de sang coulaient extérieurement. Le doigt introduit dans le rectum sentait le bec de la sonde libre dans un espace au-dessous de la région prostatique, évidemment en dehors du conduit naturel. Diverses tentatives faites avec prudence pour retrouver l'orifice interne furent sans résultat. La nature de la lésion était connue et l'on comprenait la difficulté de rétablir le cours de l'urine; la pression sur le pubis était douloureuse, mais n'indiquait pas une fracture. — Il fut décidé d'attendre jusqu'au lendemain matin; on se borna à pratiquer une injection de morphine.

Le lendemain la rétention d'urine persistait; T. = 37°,3; P. = 80, douleurs à la région hypogastrique continuelles et violentes ; une intervention devient nécessaire.

Opération. — Le malade est endormi. Incision rapide du bord supérieur du pubis à deux doigts au-dessous de l'ombilic afin de découvrir la vessie, distendue au point de remonter au-dessus de l'ombilic ; à l'aide d'un double crochet, la vessie est maintenue au centre et tenue de bas en haut ; à l'aide d'un bistouri une incision de 1 centimètre environ est pratiquée entre les branches du crochet ; jet d'urine jaune citron, privée de sang, et qui s'élève au-dessus du niveau de l'abdomen d'environ 10 centimètres, ce jet diminue rapidement de force et cesse complètement, quoique la vessie fût encore pleine d'urine et maintenue par le crochet. L'instrument dont je me servis simule une sonde métallique flexible, longue de 32 centimètres, d'un calibre n° 10 (filière Charrière), muni d'une poignée semblable à celle d'un cystotome. — La courbure est à grand diamètre ; l'instrument est introduit par l'incision abdominale dans la vessie et pénètre par l'orifice interne dans l'urèthre, et son extrémité vient faire saillie au périnée ; les cuisses étant écartées, le scrotum soulevé par un aide, tandis qu'un deuxième aide maintient l'instrument, j'incise sur le raphé les tissus jusqu'à ce que l'extrémité de la sonde fasse saillie au centre du périnée. J'introduis alors par le méat urinaire une sonde métallique n° 12 qui vient buter sur la première ; agrandissant légèrement la boutonnière, l'extrémité de cette deuxième sonde sort également au centre du périnée. J'attache à cette extrémité un fil de soie et je retire la deuxième sonde, le fil traverse ainsi le canal de l'urèthre. — A l'extrémité du fil qui sort par l'orifice naturel du canal je fixe une sonde élastique n° 21 que j'attire ensuite dans la verge et fais ressortir par la fenêtre périnéale. Un second fil de soie est alors attaché à l'extrémité de la première sonde métallique qu'on retire par l'abdomen et qui entraîne ce fil dont on attache l'autre bout à l'olive de la sonde élastique ; retirant le fil par l'abdomen, on arrive à faire pénétrer la sonde élastique dans l'urèthre caverneux et ensuite dans la vessie, et enfin dans l'incision abdominale où on coupe le fil ; la sonde retombe ensuite dans la vessie qui se vide complètement. Quelques minutes suffisent pour l'opération. On réunit par suture la vessie et les parois abdominales, de même pour le périnée. — On fixe à la sonde un long tube de gomme et on replace le malade dans son lit. Le

tube retombe alors dans un vase et constitue un véritable siphon. Les urines apparaissent claires, pas de réaction locale ni générale. — Au huitième jour on change la sonde; au douzième on enlève le tube pour laisser la vessie se distendre quelques heures. Au quatorzième jour le malade urine avec facilité et il quitte l'hôpital quelque temps après.

PROSTATECTOMIE HYPOGASTRIQUE. — Un industriel de Roana, âgé de 58 ans, souffrait depuis plusieurs mois de difficulté et de douleur dans l'émission de l'urine qui contenait du sang en abondance. Le 17 septembre 1887, arrivé au point de ne plus pouvoir vider la vessie, même goutte à goutte, il entre à l'hôpital de Rovigo. — C'est un homme robuste; l'examen ne révèle rien d'anormal; seulement la vessie très distendue arrive au niveau de l'ombilic et le toucher rectal faisait reconnaître une tumeur bosselée occupant le col et le fond de la vessie. Avec une grosse sonde on vide la vessie, l'urine est foncée et contient du sang. Le malade est pris de fièvre le soir, impossible d'émettre une goutte d'urine sans la sonde; la température oscille entre 39° et 40°, même 40°,2. Irrigation vésicale avec acides gallique, salicylique, les benzoates, etc., sans résultat sur l'hématurie et les fonctions vésicales. Les urines à l'examen microscopique révèlent la présence de globules rouges et blancs et de divers éléments de la vessie. Peu à peu la fièvre diminue et disparaît, la sonde est maintenue en permanence et les lavages sont continués.

La sonde ayant été enlevée doit être remise toutes les 6 ou 8 heures, la rétention étant complète. Après quelques semaines, l'hématurie diminue; mais l'émission de quelques grammes d'urine provoque toujours un ténesme insupportable. En touchant la prostate par l'anus on sentait toujours une espèce de tumeur bosselée dont on ne pouvait pas atteindre la limite supérieure. Dans le courant de novembre, le malade demandait une cure radicale.

L'âge, les symptômes, la forme de la tumeur, pouvaient faire craindre un néoplasme; la taille sus-pubienne fut décidée.

Le 22 novembre l'opération fut exécutée. Chloroforme, introduction dans le rectum du ballon de Petersen; introduction dans la vessie d'une sonde métallique; ligature avec fil élastique de la verge; injection d'eau dans la vessie; incision sur la ligne mé-

diane entre l'ombilic et le pubis, ouverture de la vessie sur une longueur de trois travers de doigt, sans lésion du péritoine. La vessie ainsi ouverte est maintenue au niveau de l'incision abdominale à l'aide de six pincettes de Péan équidistantes ; avec l'index on arrive à toucher dans le fond vésical une tumeur trilobée, sessile, qui a pour centre l'orifice de l'urèthre et dont le volume est celui d'un œuf de poule. On déterge la vessie avec des tampons de ouate et on fait un grand lavage avec une solution de sublimé. L'index gauche servant de guide, la main droite, armée de ciseaux courbes, attaque par l'intérieur la tumeur et arrive à la détacher par morceaux presque entièrement; les débris restants sont saisis par une pince dentelée et excisés avec les ciseaux; le doigt seul guide pendant l'opération, car le sang masque à la vue les tissus; il n'est pas cependant en quantité assez abondante pour donner des inquiétudes. Cela fait, on place trois valves dans la vessie, une supérieure et deux latérales, de façon à examiner la muqueuse saine. Avec le thermo-cautère on touche les surfaces saignantes de façon à assurer l'hémostase; la sonde métallique était toujours restée en place, son extrémité qui faisait saillie dans la vessie servait de guide pour les manœuvres. Plans de suture, long tube de gomme en double de 1 centimètre à l'angle inférieur. Ouate au sublimé pour pansement; la sonde et le ballon enlevés, le malade est placé sur son lit, les extrémités du tube en gomme sont placées dans une bouteille à un niveau inférieur à celui du corps du malade. Le tube fonctionne comme un siphon et donne une urine sanguinolente. T. = 37°,4.

Le pansement est renouvelé les premiers jours, car il est taché par l'urine et le sang. — Le dixième jour l'urine est claire; — le quinzième, on introduit une sonde par l'urèthre et on fait des irrigations antiseptiques ; — le trentième, le tube en gomme est enlevé et l'on place une sonde en permanence dans l'urèthre. Dans les premiers temps il s'échappait par la fistule une assez grande quantité d'urine; cette quantité alla très lentement en diminuant, de sorte qu'en ôtant la sonde toute l'urine s'en allait par cette voie anormale. Ce fut seulement le cinquantième jour que, pour la première fois, une émission d'urine par l'urèthre se produisit. Deux mois après l'opération, le malade rendait 1 600 grammes d'urine normale par l'urèthre et seulement

quelques gouttes par le trajet fistuleux. — Il se levait du lit et son aspect était excellent. — Toutefois le réveil d'une épididymite aiguë gauche l'obligeait à un nouveau traitement qui fut continué jusqu'au 10 avril, date de sa sortie définitive de l'hôpital. L'examen de la tumeur enlevée montra qu'il s'agissait d'une simple hypertrophie de la prostate avec processus inflammatoires.

La croyance à un néoplasme et la rétention complète d'urine m'amenèrent à pratiquer la *prostatectomie* à l'aide de la *cystotomie sus-pubienne* (*Lo Sperimentale*, octobre 1889).

D[r] M. Rey.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

1° Société de chirurgie.

Restauration du canal de l'urèthre chez la femme, par M. Polaillon (*Séance du 6 novembre* 1889). — Dans cette communication, M. Polaillon décrit deux procédés qu'il a employés pour restaurer l'urèthre chez deux femmes.

Le premier de ces procédés, dans lequel les tissus sont empruntés à la paroi supérieure du canal, s'applique à la restauration de la partie postérieure de l'urèthre, la partie antérieure existant encore. Il a été mis en pratique chez une jeune femme de 19 ans qui, à la suite d'une taille vaginale, avait subi sans succès sept opérations de fistule vésico-vaginale, de la part de différents chirurgiens. Elle présentait au niveau du col de la vessie et de la partie postérieure de l'urèthre une perte de substance à bords déchiquetés et indurés, et large comme une pièce d'un franc ; les deux tiers postérieurs du canal manquaient et il ne restait de ce dernier que le méat et une petite portion attenante. Après avoir tenté inutilement trois nouvelles opérations autoplastiques, M. Polaillon fit, au niveau du bord uréthral de la fistule, une incision transversale d'environ 12 millimètres sur la muqueuse de la paroi inférieure de l'urèthre ;

puis, au niveau du bord vésical, une incision d'égale étendue sur la muqueuse du col. Les deux incisions limitaient un pont de muqueuse qui fut décollé d'avant en arrière ; ce pont, qui se continuait de chaque côté avec la muqueuse vaginale, fut abaissé au niveau de la perte de substance, de manière à venir l'oblitérer. Une grosse sonde en caoutchouc rouge, introduite par le méat jusque dans la vessie, en passant au-dessus de ce pont, maintenait la position du lambeau. Ensuite, après avivement du bord uréthral et du bord vésical de la perte de substance, le premier fut suturé avec le bord antérieur du pont muqueux et le second avec le bord postérieur. Ainsi fut restauré l'urèthre, qui se trouvait formé, dans sa partie antérieure par le méat urinaire et une portion du canal normal, et dans sa partie postérieure par une surface cruentée, destinée à constituer, après sa cicatrisation, une sorte de col à la vessie.

Une sonde fut maintenue à demeure pendant quelque temps, la perte de substance fut comblée et l'urine reprit son cours normal ; au niveau du col, il restait un petit pertuis, dû à un fil de suture, lorsque l'opérée voulut quitter l'hôpital. Quand celle-ci revint deux mois après, le pertuis s'était oblitéré spontanément et les urines ne s'écoulaient plus involontairement.

Le deuxième procédé de M. Polaillon, destiné à refaire de toutes pièces un urèthre, emprunte les tissus aux petites lèvres. Une femme de 25 ans présentait, entre autres malformations, une absence totale de canal uréthral. L'orifice vaginal très étroit naturellement pouvait en outre, grâce à l'action des muscles constricteurs, retenir les urines dans la cavité vaginale. En arrière de l'orifice vulvaire, se trouvait un autre orifice assez grand pour admettre le pouce : c'était le col vésical. Quant à l'urèthre, il n'en existait aucune trace. Pour le refaire, M. Polaillon s'est servi des petites lèvres qu'il a dédoublées, et en suturant les deux feuillets internes, il est parvenu à adosser les surfaces cruentées et à constituer ainsi un canal permettant la miction et la retenue normale des urines.

II° Société anatomique.

Adénomes multiples des reins, par M. A. Pilliet, interne des hôpitaux (*Séance du 25 octobre 1889*). — Chez un homme de

69 ans, mort de gastrite alcoolique au milieu de phénomènes d'asystolie, M. Pilliet a trouvé les deux reins, enveloppés comme les autres viscères d'une couche de graisse considérable. — Le gauche présentait un adénome du volume d'une noisette, faisant saillie sous la capsule comme une masse blanche mûriforme; à la coupe, on voyait cette masse s'enfoncer dans la substance corticale et paraissant formée d'amas superposés, car son contour était irrégulier et comme dessiné par la fusion de plusieurs globes. — Sur le rein droit, on trouvait à la face antérieure un adénome semblable, mais plus volumineux, faisant saillie à la surface comme un champignon : sur la coupe, on voit que sa partie profonde refoule la substance médullaire sans l'entamer. Enfin, sur la face postérieure de ce même rein droit, se trouve une troisième tumeur, du volume d'une pomme: quoique recouverte par la capsule, elle est à peine adhérente à l'organe, sauf au point d'implantation. Très friable, elle est cloisonnée à l'intérieur, par les travées fibreuses en partie calcifiées, en plusieurs loges contenant des grumeaux blanchâtres et graisseux, mêlés à des caillots.

De l'examen histologique fait par M. Pilliet, il résulte que ces productions adénomateuses multiples se développent dans la substance corticale et qu'elles ont tous les caractères d'un épithélioma végétant. Les considérations et déductions micrographiques, dont M. Pilliet fait suivre sa communication, l'amènent à conclure qu'il existe entre certaines tumeurs du rein (adénome, squirrhe, épithélioma végétant, épithélioma polykystique) une série d'intermédiaires qui les relient toutes par la chaîne d'une parenté assez étroite.

D[r] R. JAMIN.

Le Rédacteur en chef, Gérant : D[r] DELEFOSSE.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME SEPTIÈME (ANNÉE 1889)

TABLE DES AUTEURS

Mémoires originaux.

Revue clinique.

Revue critique.

Revue des journaux.

Revue des Sociétés savantes.

Académie de médecine.

Académie des sciences.

3e *Assemblée des médecins suisses,*

Association française pour l'avancement des sciences.

Association médicale britannique.

Congrès de médecine et de chirurgie américaines.

Congrès de chirurgie italienne.

Société anatomique de Paris.

Société de biologie.

Société de chirurgie de Paris.

Société clinique.

Société clinique de Londres.

Société d'anatomie de Bordeaux.

Société anatomo-clinique de Lille.

Société de médecine de Bordeaux.

Société de pathologie de Londres.

Société de thérapeutique.

Société médicale de Londres.

Société médicale du VIe arrondissement.

Société médicale du VIIe arrondissement.

Société médicale du IXe arrondissement.

Revue d'urologie.

Bibliographie.

NOTA

Les différentes Revues ont été faites :

Revue des thèses, par M. SEGOND.
Revue des journaux,
Presse française, par M. JAMIN.
Presse anglaise, par M. RIZAT.
Presse allemande, par M. BROCA.
Revue des Sociétés savantes, par M. JAMIN.
Revue d'urologie, par M. BOYMOND.
La Bibliographie, par M. DELEFOSSE.

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES

DU TOME SEPTIÈME

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 28187.

